

UNIVERSIDAD DE GRANADA



**ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

TESIS DOCTORAL

**LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO SOPORTE BIOPSIOSOCIAL EN UN
GRUPO DE MUJERES CUIDADORAS INFORMALES DE ANCIANOS
DEPENDIENTES**

Wellington Barbosa de Oliveira

GRANADA, 2007

Dña. CARMEN VILLAVERDE GUTIÉRREZ, Doctora en Medicina y Cirugía y Catedrática de Fisiología de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada,

CERTIFICA: Que la Memoria de Tesis Doctoral **LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO SOPORTE BIOPSIICOSOCIAL EN UN GRUPO DE MUJERES CUIDADORAS INFORMALES DE ANCIANOS DEPENDIENTES**, que presenta **D. Wellington Barbosa de Oliveira**, para optar al grado de Doctor, ha sido realizada bajo su dirección, reuniendo a su juicio las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa pública ante la Comisión que se designe al efecto.

Granada, 15 de marzo de 2007

Fdo.: Dra. C. Villaverde

D. FRANCISCO CRUZ QUINTANA, Doctor en Psicología y Catedrático de Ciencias Psicosociales Aplicadas de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada,

CERTIFICA: Que la Memoria de Tesis Doctoral **LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO SOPORTE BIOPSIICOSOCIAL EN UN GRUPO DE MUJERES CUIDADORAS INFORMALES DE ANCIANOS DEPENDIENTES**, que presenta D. Wellington Barbosa de Oliveira, ha sido realizada bajo su dirección, reuniendo a su juicio las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa pública ante la Comisión que se designe al efecto.

Granada, 15 de Marzo de 2007

Fdo.: Dr. F. Cruz

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la participación de las mujeres de la Asociación de Mujeres Cuidadoras Informales de Personas Mayores Dependientes, del Pueblo de Dúrcal, cercano a la provincia de Granada.

A mis directores de Tesis Dña Maria del Carmen Villaverde Gutiérrez y D. Francisco Cruz Quintana, por su estar continuado, su apoyo, comprensión, estímulo y confianza depositados en mi para la realización de este trabajo.

A Ana, la trabajadora social del Centro de Salud de Dúrcal, que ha puesto a mi alcance los medios necesarios para el desarrollo de esta investigación.

Al estímulo, confianza y apoyo para la realización de este trabajo, de parte de Trinidad Quesada, Carmen Mari Bueno y Josefa Quesada Torres.

Al Departamento de Enfermería de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada por su apoyo.

A todos los que componen la Cooperativa Santiago Apóstol “Los Pastoreros”, por el apoyo, el cariño que nos han proporcionado, durante nuestra estancia en Granada.

Y si he dejado de mencionar más nombres, aprovecho este párrafo para presentar mi agradecimiento a todas aquellas personas que directa o indirectamente, han hecho posible la realización de este trabajo.

Por todo ello, agradezco a mi Dios!

Mis sinceros agradecimientos.

Wellington Barbosa de Oliveira

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
	1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	1
	1.1. Aspectos Demográficos	1
	1.2. Características de los Cuidadores Informales	3
II.	MÉTODOS	19
	1. Caracterización del Estudio	19
	1.1 Primera fase	19
	1.2 Segunda fase	28
	2. Procedimientos de la investigación	34
	3. Periodo, duración y lugar	38
	4. Programa de intervención	39
	5. Clasificación de los datos	47
	6. Procedimientos estadísticos	48
III.	RESULTADOS	49
IV.	DISCUSIÓN	71
V.	CONCLUSIONES	94
VI.	RECOMENDACIONES	96
VII.	REFERENCIAS	97
VIII.	APENDICES	109
IX.	ANEXOS	113

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1. Aspectos Demográficos de los Mayores Dependientes

La disminución de la mortalidad se ha acompañado de un descenso paralelo de natalidad en las naciones en vías de desarrollo, lo que completa la “*transición demográfica*” que supone el paso de poblaciones de alta mortalidad y natalidad a poblaciones de baja natalidad y mortalidad. Prácticamente, todos los países han completado esta transición o la van a completar en pocos decenios. Para el año 2030, asumiendo que se mantengan las tendencias actuales, la edad media de muerte será de 60 años en todo el mundo (**Gainza & Nivardo, 2004**). Tal hecho ha determinado demográficamente el acceso a la tercera edad (población con más de 60 ó 65 años) de proporciones crecientes de personas, sobre todo en el mundo desarrollado. Pero, incluso en cifras absolutas, los datos son dramáticos y el aumento de personas de 65 y más años en los próximos años va a ser muy notable. En 1990 hubo 184 millones de personas mayores de 65 años, y según los estudios se esperan 678 millones en 2030.

Al considerarse los ancianos como las personas mayores de 60 años, las cifras son más llamativas, pues los datos de 1950 eran de 200 millones (8% del total), los datos de 1991 eran de 495 millones de personas en el mundo (57 % en los países en vías de desarrollo) y las cifras esperadas para 2020 de cerca de 1.000 millones (69% en los países en vías de desarrollo) y para el 2025 se elevarían a 1.200 millones (14% del total). El contingente de personas que superan los 80 años supone aproximadamente el 10% de los que cuentan con 60 y más años, unos 50 millones

(Gainza & Nivardo, 2004). Según las **Naciones Unidas (2001)**, hoy en día hay 600 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, cifra que se duplicará para el 2025 y que ascenderá a casi 2 mil millones para 2050.

Para **López (1998)**, en el transcurso de la vida de las personas, y salvo que la muerte irrumpa de forma brusca, siempre llega un punto al fin, en el que el mayor siente que la fuerza declina, que necesita dormir más, que debe invertir más tiempo en hacer las cosas cotidianas. Disminuyendo su funcionalidad, se da “*un bajón*” en definitiva, todo ello, como es de preveer, coincide con la falta de independencia para las actividades de la vida cotidiana. El término dependencia se refiere, en el contexto de la protección social, a la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana. Las principales causas o factores que anteceden a la dependencia en las personas mayores son enfermedades, procesos patológicos y otros aspectos menos conocidos, o sea, una persona es considerada dependiente cuando presenta una pérdida más o menos importante de su autonomía funcional o una discapacidad y necesita de la ayuda de otras personas para poder desenvolverse en su vida diaria. Normalmente, las causas de la dependencia de una persona mayor son múltiples y varían bastante de unas personas a otras.

El Consejo de Europa **(EDDES, 1999)**¹, después de largas deliberaciones, ha propuesto la siguiente definición:

“se entiende discapacidad como toda limitación o dificultad grave importante que debido a una deficiencia, tiene una persona para realizar actividades de la vida cotidiana, tales como: desplazarse, cuidar de sí mismo, ver, oír, relacionarse con otros...”

¹ Encuesta sobre Discapacidades, Deficientes y Estado de Salud (EDDES, 1999), realizado por el INE, el IMSERSO y la Fundación ONCE.

1.2. Características de los Cuidadores Informales de Personas Mayores Dependientes

Según **Prince (2000)**, la carga puede ser definida como un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos y que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio personal, clasificándose en: Carga Objetiva, que es la cantidad de tiempo o dinero invertido en cuidados, problemas conductuales del sujeto, interrupción de la vida social, etc. Y en *Carga Subjetiva*, que es la percepción del cuidador de la repercusión emocional de las demandas o de los problemas relacionados con el acto de cuidar

Flórez Lozano & cols (1997), han definido al *cuidador* como: “*aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales*”. **De Los Reyes (1999; 2001)**, considera insuficiente esta definición, por la necesidad de tener en cuenta diferentes grados de responsabilidad en el cuidado de ancianos y la consecuente diferenciación entre cuidadores directos, a los cuales parece referirse la definición citada y cuidadores indirectos. A partir de esta definición general de cuidadores, se impone la diferenciación de los cuidadores directos, en *cuidadores informales y formales*.

Se denomina cuidador principal, los cuidadores familiares de personas mayores dependientes que, por diferentes motivos, desarrollan típicamente en el ámbito del hogar los cuidados esenciales para atender a la persona dependiente, y que por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo, permitiéndose que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone (**Neri & Sommerhalder, 2002; Caldas, 2003**).

Los “cuidadores informales” no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea,

caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos. Algunos autores han señalado el carácter de *cuidador principal* de estos cuidadores, por lo general desempeñado por el cónyuge o familiar femenino más próximo. Los cuidadores principales, *primarios o informales*, son los que asumen su total responsabilidad en la tarea, pasando por diferenciaciones progresivas esta situación según la ayuda, formal o informal que reciban (Caldas, 2003).

Según Silveira (2000), cuidar de un mayor dependiente es una situación que muchas personas a lo largo de sus vidas acaban experimentando, pues implica muchas y variadas actividades de prestación de ayuda. La experiencia de cada cuidador es única, ya que son muchos los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador: el por qué se cuida, a quién se cuida, la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de la dependencia del familiar de edad avanzada, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las exigencias que se marquen los cuidadores. Generalmente, quienes se convierten en cuidadoras son las hijas solteras, la hija favorita, la que tenga menos carga familiar o de trabajo, la hija que vive más cerca, la única mujer entre los hermanos, o el hijo favorito, suelen ser las personas sobre las que recae la responsabilidad del cuidado de sus padres. Gran parte de los cuidadores hijos, no trabajan ni pueden pensar en buscar un trabajo. Otros se ven obligados a reducir su jornada laboral. En los casos más extremos, se ven obligados a abandonar el trabajo por su situación de cuidador.

Para Calvente & cols (1999), el tipo de tareas que describen las cuidadoras principales cubren desde los cuidados instrumentales de tipo doméstico, o los cuidados personales, hasta las tareas más especializadas que exigen que la persona que las realiza tenga cierta cualificación.

A pesar del claro predominio de las mujeres en el ámbito del cuidado, los hombres participan cada vez más en el cuidado de las personas mayores bien como cuidadores principales, o bien como ayudantes de las cuidadoras principales, lo que significa un cambio progresivo de la situación. Mientras aumenta la carga de los cuidados, se incrementan más las tensiones, los trastornos que perciben las personas

que prestan cuidados a las personas con algún deterioro o discapacidad física (**ADLER & cols, 1996**).

1.2.1. Aspectos Biopsicosociales de las Mujeres Cuidadoras

De una manera general, las discapacidades suelen alterar las bases o el soporte en el contexto de la familia y de la sociedad. Así, tanto la condición de discapacidad y la percepción de dicha condición de parte del enfermo, suelen causar impactos importantes en su universo psicosocial, además de trastornos a la(s) persona(s) que lo cuida(n), los cuales afectan no sólo los problemas de salud, sino otro grupo de factores, que se han denominado de riesgo psicosociales como: el concepto de satisfacción que está íntimamente ligado con aspectos psicológicos, económicos, sociales, niveles de salud físico-mentales. Es decir, el desarrollo del bienestar social es un factor decisivo en la elevación de la calidad de vida (**BORGES & cols, 2000**). Según **DEVÍS (2000)**, se ha de presentar una definición de salud en una dirección positiva, retomando la concepción integral o multidimensional de la salud como un proceso complejo y dinámico, ligada a los factores biopsicosociales, económicos y culturales entre otros

En este estudio, se considera como factores biopsicosociales el bienestar físico, mental y social, observados a través de la dimensión física, mental, psicológica y social. Tratándose de las mujeres cuidadoras de personas mayores dependientes, se considera que la sobrecarga de los cuidados prestados es uno de los factores que suelen producir alteraciones en el bienestar físico, psicológico y social, alterando así la percepción del estado de salud general y satisfacción con la vida.

La relación entre cuidar la salud de otro y la propia situación de salud presenta una doble vertiente. Según **Zarit (1987)**, el estado de salud de las personas que cuidan influye sobre el desempeño de su papel de cuidadoras, ya que no puede cuidar

adecuadamente alguien cuya propia salud no es buena, constituyéndose pues en una de las dificultades para ejercer su papel desde esta perspectiva.

El propósito de conocer cuál es el estado de salud de las cuidadoras tiene cierto carácter instrumental: mantener la salud de la cuidadora en una situación idónea para que ésta pueda seguir realizando su función de cuidar. La segunda perspectiva de análisis considera que la propia salud de la cuidadora se puede ver afectada por el hecho y las circunstancias que caracterizan la situación de cuidados. Una de las relaciones importantes en este análisis es la influencia de cuidar a un beneficiario con necesidades especiales de salud sobre el estado de salud de la cuidadora (**LOSADA & cols., 2003; GALLANTN & CONNELL, 2003; VITALIANO, ZHANG & SCANLAN, 2003**).

Se ha planteado que la experiencia de cuidar de otra persona hace experimentar a muchos cuidadores sentimientos positivos. El simple hecho de que la persona a la que cuida y a la que quiere se encuentre bien puede hacerle experimentar esos sentimientos. La persona a la que se cuida puede mostrarle su agradecimiento y eso le hace sentir bien. Pero cuidar a un familiar dependiente repercute, también, negativamente sobre la familia, causando cansancio, irritación y depresión, aumentando la carga sobre la cuidadora principal. A pesar de esto, los trastornos de conducta suelen ser poco reconocidos por los cuidadores y se consideran frecuentemente como síntomas inevitables que ocurren de forma impredecible. A veces, en la tarea de cuidar se descuidan aquellas actividades que permiten recuperarse del cansancio y de las tensiones de cada día (**de Vugt & cols, 2004**).

En este sentido el ejercicio físico puede ser un instrumento útil para motivar y mejorar los aspectos biopsicosociales de las mujeres cuidadoras.

1.2.2. Cuidando a la cuidadora a través del ejercicio físico: una necesidad

Según **Molnar (2001)**, toda persona posee como cualidades físicas: la fuerza, resistencia, flexibilidad, coordinación, velocidad, agilidad y destreza. Estas cualidades básicas están desarrolladas de forma diversa en cada persona en relación con el esfuerzo que debe realizar diariamente o en su actividad de la vida cotidiana, caracterizado como el estado de la condición física individual que determina la funcionalidad de cada persona.

Para **Bouchard & cols (2000)**, la condición física saludable se define como un estado dinámico de energía y vitalidad, que permite a las personas llevar a cabo tareas diarias habituales, disfrutar del tiempo de ocio activo, afrontar las emergencias imprevistas sin fatiga excesiva, a la vez que ayuda a evitar las enfermedades hipocinéticas derivadas de la falta de actividad física, a desarrollar el máximo de la capacidad intelectual y a experimentar sentimientos positivos.

Para **Camiña & cols (2000)**, el equilibrio es una capacidad física básica que determina la verticalidad del cuerpo en situaciones estáticas y dinámicas. Dicha capacidad está influenciada por el control postural y el esquema corporal que cada persona posee. La capacidad de aportar actividades utilizando los miembros inferiores en descenso y elevación, como actividades de ayuda a los dependientes, es definida como fuerza máxima extensora del tren inferior que es capaz de realizar el sujeto a la hora de extender sus piernas. La flexibilidad es imprescindible para mejorar el nivel de los cuidados. Se define como aquella cualidad que con base en la movilidad articular, extensibilidad y elasticidad muscular permite el máximo recorrido en las articulaciones en posiciones diversas, permitiendo al sujeto realizar acciones que requieren de gran agilidad y destreza, contribuyendo para afrontar las tareas que necesita un auto-control físico-dinámico desencadenado por el cuidador informal.

Por otro lado la inactividad física según **Seefeldt & cols (2002)**, es bastante frecuente en una gran proporción de adultos en las culturas occidentales, a pesar de varias décadas de advertencias sobre las consecuencias negativas que sobre la salud tiene un estilo de vida sedentario. Los esfuerzos por promover la actividad física regular y de forma eficaz, se presenta como uno de los objetivos prioritarios en cualquier tipo de intervención que se planifique y/o se realice.

La actividad física moderada adecuada a las condiciones físicas de cada sujeto como: ejercicios de estiramientos, flexibilidad y respiratorios, es beneficiosa para todas las personas y principalmente para los cuidadores de personas dependientes debido a las necesidades concretas de esta población. Aprender a relajarse puede ser una forma de auto-ayuda no sólo para mantener la tranquilidad en las numerosas situaciones difíciles del día a día, sino que también puede ayudar a sentirse mejor con la vida en general. Por otro lado los ejercicios físicos moderados influyen en el incremento del nivel de glucosa, en el nivel de algunos neurotransmisores como las catecolaminas, estimulan la noradrenalina y la adrenalina, potencian la elaboración de endorfinas y mejoran el sueño (**Bouchard & cols, 2000**).

Aunque desde la antigüedad se intuía el efecto benéfico de la práctica de la actividad física sobre la salud, sólo recientemente se ha empezado a establecer mejor su auténtica repercusión biopsicofisiológica y preventiva.

Según **Rosa (2001)**, el interés que nuestra sociedad actual muestra por el mundo de la actividad física y el deporte es algo que está fuera de toda discusión. A cualquier edad mantenerse activo es beneficioso y la actividad física se vincula de manera reiterada a los hábitos saludables del individuo.

Ellwanger (2001) opina que independientemente del entrenamiento para la circulación hay que ejercitar a diario la movilidad de las articulaciones, la elasticidad de los músculos y la coordinación. Todas las principales articulaciones se deben mover hasta "*el límite de sus posibilidades*". Estos ejercicios de movimientos se llevaran a cabo convenientemente justo después de levantarse por la mañana o de la siesta, o antes de irse a la cama, para que se convierta en un hecho habitual.

Gracias a estos ejercicios articulares, por ejemplo los de las articulaciones de la rodilla o cadera, donde normalmente se sienten molestias a consecuencia del propio peso corporal, el cuerpo se siente más aliviado. Esto se consigue gracias a la ayuda de los brazos, que se pueden utilizar como apoyo a la hora de arrodillarse entre dos sillas. En estos movimientos no se mide con frecuencia la Frecuencia Cardíaca ni el esfuerzo cardiocirculatorio, sino que se tiene en cuenta la conservación de la movilidad de las articulaciones del hombro y del cuello, de los miembros superiores e inferiores y del tórax (**Ellwanger, 2001**).

Para **Calatayud (2001)**, en cuanto a la función respiratoria, el ejercicio mejora la ventilación pulmonar y la potencia inspiración-respiración contribuyendo también a mantenerse en forma, lo que incluye un efecto favorable sobre la capacidad de reacción ante un estímulo, o tiempo que se tarda en reaccionar. La resistencia cardiorrespiratoria, es la capacidad de realizar tareas vigorosas que impliquen la participación de grandes masas musculares durante períodos de tiempo prolongados siendo uno de los elementos más importantes relacionados con la salud cardiovascular. Tras todo lo dicho respecto a la necesidad y a los beneficios de la realización de actividad física por parte de las cuidadoras informales que prestan cuidados a las personas mayores dependientes, se presentan, a continuación, comentarios sobre los efectos del ejercicio físico a corto y a largo plazo y los tipos de ejercicios aplicados en este estudio.

1.2.2.1. Efectos del ejercicio físico a corto y a largo plazo

Según **Calatayud (2001)**, el fortalecimiento de los sistemas cardiovascular y respiratorio, incrementando la cantidad de oxígeno que llega a los diferentes órganos y tejidos corporales, proporciona una mejora general del funcionamiento de estos sistemas, un incremento de la resistencia muscular, favorece la agilidad y flexibilidad corporal, el equilibrio y la coordinación y la rapidez de movimientos, previniendo o retrasando la aparición de los declives asociados a la edad en estas funciones, además de promover la sensación de bienestar físico general.

A largo plazo, el ejercicio produce un bienestar psicológico general al mejorar la autoimagen de la persona, favorecer la sensación de control sobre la propia vida, potenciar el funcionamiento cognitivo e intelectual y favorecer la psicomotricidad. Y además produce beneficios asociados y relacionados con el plano de las relaciones sociales, al contribuir a la creación de nuevas amistades, ampliar las redes de apoyo social y mejorar, por tanto, la integración social y cultural de las personas (**CALATAYUD, 2001**).

Pero, para los cuidadores de personas mayores dependientes, es necesario e importante que el ejercicio sea regular y para ello ha de contemplar las circunstancias y necesidades concretas de estas personas. En este sentido, es importante elegir un tipo de ejercicio con el que se disfrute, que resulte atractivo, y que puedan realizar en compañía de otras personas. Ante todo, practicar el ejercicio con regularidad. Tomando como referencia lo anteriormente expuesto, exponemos a continuación los tipos de ejercicios que se seleccionaron para la realización de nuestro trabajo.

1.2.2.2. Consideraciones generales sobre los tipos de ejercicios utilizados en este estudio.

► Movilidad (flexibilidad) de las articulaciones

La flexibilidad es una cualidad física evidenciada por la amplitud de los movimientos de las diferentes partes del cuerpo en un determinado sentido y que depende tanto de la movilidad articular como de la elasticidad muscular.

El entrenamiento de la flexibilidad habrá de tener sesiones frecuentes, siempre seguido de un calentamiento. Cuando se constata la aparición de molestias o dolor, se debe interrumpir las sesiones para que no ocurra cualquier tipo de lesión más seria. El buen desarrollo de la flexibilidad puede mejorar la agilidad, fuerza y velocidad, auxilia como factor preventivo y provoca un aumento en la capacidad mecánica de los músculos y articulaciones, dándose, una economía de energía durante el esfuerzo.

En la valoración de la condición física se considera:

- La amplitud del movimiento
- La armonía del movimiento
- El dolor durante el movimiento
- El dolor al final del movimiento
- El dolor en un movimiento contra una resistencia

Se observan además los siguientes movimientos: flexión, extensión, aducción, abducción de las articulaciones de los miembros superiores e inferiores. Movimientos de flexión-extensión e inclinación lateral del tronco (**Rodriguez, 1995**).

► Ejercicios respiratorios y de resistencia cardiorespiratoria

Una respiración eficaz, hace fluir los sentimientos, unifica el cuerpo y hace aumentar la satisfacción y calidad de vida. El aumento de la capacidad respiratoria, incrementa la ingestión de oxígeno, mejorando la circulación sanguínea. Son

importantes el control de los tiempos de estímulos de las actividades y pausa de las sesiones. El oxígeno, aumenta la capacidad energética del organismo y su movilidad, la fatiga y la mala ventilación, producen déficit de energía e incluso nos hacen sentir deprimidos. La mayoría de las personas respira mal si no es una respiración consciente. El estrés y la ansiedad, nos hacen contener la respiración y al dejar de respirar, aumenta el miedo y la ansiedad, por la escasa ventilación aeróbica (**Smollerm, 1996**).

Los ejercicios respiratorios tienen como objetivo aumentar la capacidad respiratoria, mejorar la circulación sanguínea y producir una relajación física y psicológica.

Se llama ejercicio aeróbico a aquel para cuya realización se exige una demanda de oxígeno continua al cuerpo, de modo que el músculo utiliza como combustible libre, principalmente grasas cuanto más tiempo dure su ejecución. Los ejercicios aeróbicos son aquellos que utilizan grandes masas musculares con un largo período de trabajo y una intensidad moderada, utilizándose las piernas, glúteos y parte baja de la espalda. La intensidad suele medirse en relación con el volumen de oxígeno máximo consumido por el cuerpo como; ejercicio aeróbico suave es aquel que se realiza con una media de 55% al 60% del máximo de pulsaciones, ejercicio aeróbico moderado al realizado entre el 60% - 75% del número máximo de pulsaciones, y fuerte al ejecutarlo entre 75% - 85% sobre el número máximo de pulsaciones. Trabajo aeróbico de suave a moderado, durante lapsos algo más largos, unos 40 minutos o más (**YUPI, 2000**).

► Fortalecimiento Muscular

Tiene como objetivo favorecer la tonificación muscular general, mejorar la fuerza y aumentar la masa ósea. La resistencia de la fuerza se entrena con un 30-50 % del esfuerzo máximo. El máximo número de repeticiones posible debe situarse entre 20 y 30. Sobre la base del número máximo de repeticiones puede controlarse la intensidad del esfuerzo.

En este estudio, hemos utilizado el peso del propio cuerpo para trabajar la fuerza, con formas de ejercicios sencillos, con mayor necesidad de coordinación y baja resistencia, teniendo como objetivo la mejora de la recuperación muscular, adquirir un nivel de fuerza normal y realizar movimientos con el menor gasto energético debido a la inactividad, característica de esta población.

Los ejercicios de fortalecimiento muscular fueron realizados tras un calentamiento adecuado como: trabajos aeróbicos (utilizando ritmos musicales), ejercicios de movilidad articular y los estiramientos estáticos y dinámicos de las distintas zonas musculares de forma alternativa; cuello, brazos, piernas, abdomen, glúteos y músculos de la espalda

1.2.3. Beneficios de la relajación asociados a los ejercicios físicos, en el estado de ánimo, en el estrés y en la ansiedad.

Aprender ejercicios de relajación puede ayudar a los cuidadores no sólo a mantener la calma en numerosas situaciones difíciles del día a día, sino también a sentirse mejor con su vida en general. Es muy importante que al principio se practique con bastante frecuencia a fin de aprender realmente la técnica y poder beneficiarse de los efectos positivos que tiene la relajación sobre la salud física y psíquica. Una vez que haya aprendido la técnica, el cuidador o cuidadora podrá ir incorporándola poco a poco a su vida cotidiana. En ese momento podrá decir que domina una técnica de relajación que podrá utilizar cuantas veces desee. Asimismo, los cuidadores pueden decidir si les interesa aprender más de una técnica de relajación, lo cual puede ser una decisión muy acertada ya que, dependiendo de las situaciones, una técnica puede resultar más útil que otra (**KOREAGA, 1999**).

No existen métodos buenos ni malos, pero existen indicaciones en la utilización de uno u otro método. En realidad el objetivo de la relajación es liberar el estrés, disminuir la tensión muscular y sirve para el conocimiento del propio cuerpo. A tal efecto se establecen sesiones de entrenamiento de las diferentes técnicas de relajación y de control cognitivo. Desarrollando ésta práctica como autocuidado y autocontrol se convierte en un recurso importante en la autonomía y se adquiere un hábito de vida saludable.

En este sentido, el método de Relajación Progresiva de Jacobson, utilizado en este estudio, es ante todo una enseñanza, una educación que recurre a la voluntad espontánea del sujeto y le enseña dos cosas esenciales: adquirir conciencia de la sensación provocada por una contracción muscular, así como de la producida por una distensión muscular. La relajación progresiva consiste en descansar los músculos periféricos, es decir, en devolverlos a su tono de reposo, lo que produce como consecuencia, el poner en reposo las zonas cerebrales correspondientes. Cuando esta relajación no interesa más que a un grupo de músculos, por ejemplo a los extensores de la mano, o a los flexores del pie, Jacobson habla de relajación local. Si todos los músculos del cuerpo están distendidos, habla entonces de relajación general. El método de Edmundo Jacobson comporta diversas etapas, es progresivo e incluye varios ejercicios **(HAUMONT, 1993)**.

El entrenamiento de Relajación Progresiva de Jacobson consiste en la identificación de musculos que acumulan más tensión y en aprender a distinguir entre la sensación de tensión y relajación. Se trabajan cuatro grupos principales: Músculos de la mano, antebrazo y bíceps; Músculos de la cabeza, cuello, hombros, rostro, labios y lengua; Músculos del tórax, región del estómago y lumbar; Músculos de las piernas y nalgas. Se dan instrucciones de tensión y relajación de los grupos musculares, prestando atención a las diferentes sensaciones que se producen. La relajación progresiva reduce la frecuencia del pulso, de la presión sanguínea y de las frecuencias respiratorias **(BENTATA, 2003)**.

1.2.4. La música como un instrumento de motivación asociado a los ejercicios

Desde las primeras civilizaciones la música ha sido un elemento de gran importancia y objeto de interés del hombre. En los pueblos primitivos se consideraba que las enfermedades se debían a “causas ocultas” ligadas a lo sobrenatural y que podrían ser curadas con “formulas mágicas” y también con la música, ritmos, cantos y danzas (**LUCENA, 1998**).

Según **López y López (1994)**, a través de la música se pretendía obtener una mayor comunicación grupal y mediante la expresión de los estados de ánimo los danzantes conseguían una mayor liberación y catarsis. Con el Renacimiento, la medicina y la música encontraron nuevos horizontes con avances que repercutieron en la investigación de las propiedades terapéuticas de la música por parte de humanistas y médicos.

En la opinión de **Lima (1995, p.94)**, *“la música puede ser introducida intencionalmente y el movimiento también, pero la vivencia solamente se vive y nada más. La vivencia emerge del instante vivido, favorecida por la estructura integrada de facilitación y revela la profunda y sutil integración entre la percepción, motricidad, emoción y actividad visceral. Además, considera “el movimiento como un elemento imprescindible, puesto que la música también es movimiento; siendo una de las artes dinámicas es evidente que el movimiento sea protagonista”*.

Según **Benezon (1995)**, uno de los aspectos fundamentales relacionados con el hombre y la música, es valorar cual es el significado que ella tiene para cada ser humano y cómo influye sobre el individuo y la sociedad estimulando cambios en la conducta y en las relaciones sociales. Para la realización del movimiento, del ejercicio físico, se puede utilizar la música como un instrumento que facilita la expresión corporal, el propio movimiento de las estructuras físicas como las articulaciones, músculos y tendones, además del estímulo y motivación que genera en el individuo, según el ritmo que le sea puesto.

En el siguiente apartado se presentará el Planteamiento del Problema y la Justificación de este estudio.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La sobrecarga tanto física como emocional y la percepción del estado de salud, que en este estudio fueron denominados como los aspectos biopsicosociales, se ven afectados por los cuidados prestados por las personas que se dedican a las personas mayores que presentan uno o más tipos de enfermedades.

Debido a que las vidas de los cuidadores giran en torno a la satisfacción de las necesidades de su familiar mayor, muchos suelen dejar sus propias vidas en un segundo plano. Esta situación, perfectamente comprensible, significa frecuentemente que las tensiones y el malestar que experimentan muchos cuidadores proviene, pues, del hecho de que se olvidan de sus propias necesidades en beneficio de la de sus familiares.

La sobrecarga que supone la prestación de cuidados de salud, especialmente cuando la demanda es continuada, tiene repercusiones en la propia salud y en los aspectos biopsicosociales del cuidador. Diversos estudios han puesto de manifiesto las repercusiones de la prestación de cuidados sobre una menor atención al cuidado de la propia salud, una peor autopercepción de la salud, sobrecarga física y estrés, limitación en las posibilidades de desarrollo personal y profesional y otros efectos.

La actividad de cuidador desencadena una serie de sentimientos negativos: tristeza, sentimientos de culpa, enfado, resentimiento y conflictos negativos, necesitando pues afirmarse y comunicarse mejor. Para ello, un primer paso es reconocer y aprender a controlar los sentimientos negativos, afrontar la tristeza, los sentimientos de culpa, preocupaciones, enfado y superar la autocompasión, organizando mejor el tiempo y manejando los conflictos familiares.

La relación entre cuidar la salud de otro y la propia situación de salud presenta una doble vertiente, pues el estado de salud de las personas que cuidan tiene influencia sobre el desempeño de su papel de cuidadores, ya que no puede cuidar adecuadamente alguien cuya propia salud no es buena, siendo su ausencia, una de las dificultades para ejercer su papel. Desde esta perspectiva, el propósito de conocer cuál es el estado de salud de los cuidadores, además de intentar mantener su salud en una situación idónea para que ésta pueda seguir realizando su función de cuidar es fundamental. Este proceso, suele llevar asociadas tensiones y dificultades, que harán necesario el empleo de adecuadas habilidades de afrontamiento tanto por parte de los cuidadores como de la persona mayor dependiente.

Debido a las múltiples y variadas responsabilidades del cuidado, se observan dificultades para que estas personas puedan disponer del tiempo y fuerzas necesarias para cuidarse a sí mismos. Las personas que se dedican a los cuidados informales de sus familiares, carecen de apoyo suficiente por parte de las familias, de una condición adecuada para mejorar la calidad de los cuidados informales y de situaciones y apoyos adecuados para prestar atención a su propia salud y mejorarla. No obstante, los cuidadores que quieran disfrutar de un mayor bienestar tanto emocional como físico en la situación de cuidado de su familiar, así como desarrollar un óptimo rendimiento en las tareas relacionadas con el cuidado, necesitan darse cuenta de la importancia que tiene cuidar de sí mismo y aprender cómo hacerlo.

Imaginando un simple acto de volver la mirada a la situación de salud de aquellas mujeres que cuidan informalmente a otros, cabe preguntarse:

¿Cómo estarán protagonizando la construcción de su propia salud?

¿Tendrán conciencia de sus necesidades de salud?

¿Tendrán dificultades para enfrentar decisiones en relación a algún problema de salud personal que las aqueja?

¿Será ese silencioso acto de cuidar a otros un impedimento para que se preocupen de su propia salud?

En este sentido, cabe preguntarse: *¿Suele la participación en un programa de ejercicio físico adaptado, contribuir a mejorar los aspectos biopsicosociales, o sea, a disminuir el nivel de sobrecarga física y emocional impuesto por los cuidados prestados y mejorar la percepción del estado de salud de esta población?*

El presente estudio se encuentra estrechamente relacionado con esta problemática y se centra en dos grandes objetivos: 1) Evaluar la influencia de un programa de actividad física, adaptado y controlado, en los aspectos biopsicosociales, y 2) evaluar los niveles de sobrecarga y de percepción del estado general de salud, de mujeres cuidadoras informales de personas mayores dependientes.

2.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Identificar el perfil sociodemográfico de las mujeres cuidadoras informales a través de las siguientes variables: edad, parentesco de la persona a quién cuida, estado civil, nivel de estudios, cuanto tiempo lleva cuidando, horas al día dedicadas a los cuidados y situación laboral.

2.1.2. Identificar el perfil de las personas mayores dependientes de los cuidados de las mujeres cuidadoras, a través de las principales variables sociodemográficas como sexo, edad, además de las enfermedades y el nivel de funcionalidad por ellos presentados.

2.1.3. Observar la influencia de un programa de actividad física adaptado y controlado, en los aspectos biopsicosociales (físicos, emocionales y sociales) en un grupo de Mujeres Cuidadoras Informales de Personas Mayores Dependientes.

MÉTODOS

II. MÉTODOS

1. CARACTERIZACIÓN DEL ESTUDIO

Por la complejidad del presente estudio hemos optado por la realización de una investigación en dos fases, utilizando en la **Fase 1** un diseño de tipo descriptivo y en la **Fase 2** un diseño de tipo experimental.

Según el planteamiento de los principales objetivos a saber, evaluar la influencia de un programa de actividad física adaptado y controlado, sobre aspectos biopsicosociales (físicos, emocionales y sociales) y la sobrecarga procedente de los cuidados prestados y de la autopercepción del estado de salud general, de las mujeres cuidadoras informales, se planteo la necesidad de observar no solo el perfil sociodemográfico de las mismas, sino también el perfil sociodemográfico, el tipo de enfermedad y el nivel de funcionalidad de las personas mayores dependientes cuidadas por ellas.

A continuación presentamos el Tipo de Diseño, la Población y la Muestra, la Clasificación y Definición de las Variables Sociodemográficas desarrolladas en la **Primera Fase o Fase 1** del estudio.

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL ESTUDIO EN LA PRIMERA FASE

1.1.1. Tipo de Diseño

Ha consistido en la realización de un estudio exploratorio, descriptivo, transversal, según Gil (1995) y Polit & Hungler (1995), mediante encuesta, a

través de cuestionario multidimensional, con el fin de identificar el perfil sociodemográfico de los sujetos del estudio, o sea, las Mujeres Cuidadoras Informales (MCI) y de las informaciones obtenidas de ellas respecto a las Personas Mayores Dependientes de sus Cuidados (PMDC). Se permitió, además, conocer el tipo de Enfermedad presentada y la Capacidad Funcional de las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados.

1.1.2. Población y Muestra del estudio en la Primera Fase (FASE 1)

1.1.2.1. Población

En la Primera Fase, el universo o población del estudio fue constituida por Mujeres Cuidadoras Informales de Personas Mayores Dependientes, usuarias del Centro de Salud de Dúrcal, pueblo cercano a la Provincia de Granada y de las Personas Mayores a su cuidado.

1.1.2.2. Muestra

Para la elaboración del presente estudio, en la **1ª Fase**, se contó con una muestra total de **n=48 sujetos**, siendo (ver Figura 1):

- Una n=24 sujetos, constituida de Mujeres Cuidadoras Informales (MCI) de las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados (PMDC), participantes de la Asociación AGESVAL (Asociación de Mujeres Cuidadoras Informales de Personas Mayores Dependientes) de Dúrcal, cuyas edades estaban comprendidas en un rango de 42 hasta 73 años, que consintieron en participar de forma voluntaria en el estudio, después de informarlas (Consentimiento y Compromiso Individual Previa Información - **Apéndice 1**).

► Una n=24 sujetos, constituida de las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados, con edades comprendidas entre 69 y 96 años, cuyas informaciones fueron recogidas a través de las Mujeres Cuidadoras Informales.

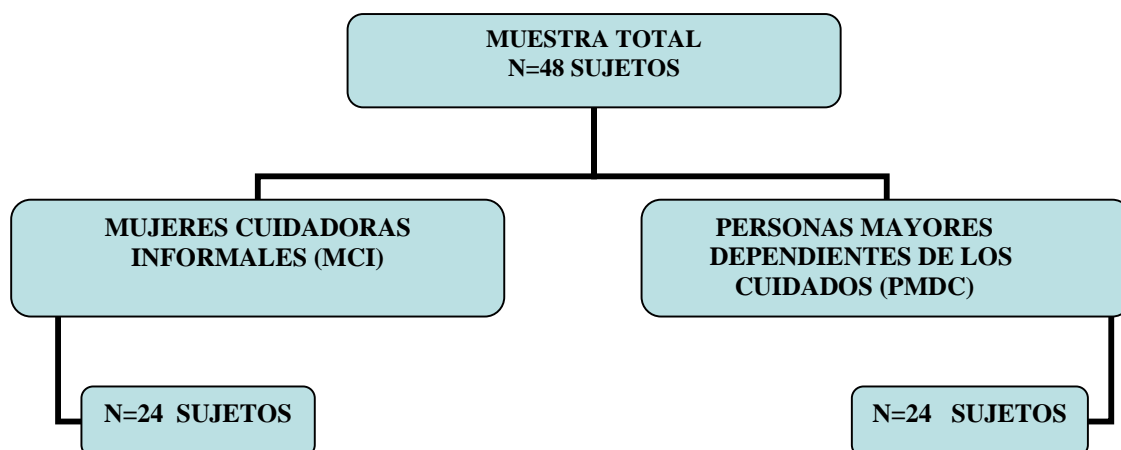


Figura 1: Muestra Total del Estudio

1.1.3. Clasificación y Definición de las Variables en la FASE 1 (Cuadro 1).

En la **Fase 1** las variables independientes estudiadas fueron: el Perfil sociodemográfico de los sujetos del estudio (Mujeres Cuidadoras Informales – MCI) y el Perfil sociodemográfico, Enfermedad y Funcionalidad de las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados de las (PMDC) y sus respectivos instrumentos de medida según el Cuadro 1.

Las variables Perfil Sociodemográfico de las MCI, comprenden: Edad, Estado Civil, Nivel de Estudios, Ocupación, Cantidad de Hijos, Vínculo Familiar, Tiempo como

Cuidadora, Cantidad de Horas Dedicadas a los Cuidados y Enfermedad obtenidas a través del Cuestionario de Informaciones Generales (Apéndice 2).

Las Variables relativas al Perfil Sociodemográfico de las PMDC comprenden: Edad y Sexo. Además de la Variable Enfermedad, obtenida a través del Cuestionario de Informaciones Generales (Apéndice 3) y Funcionalidad, a través del Índice de Katz (Anexo 3), cuyos datos fueron recogidos a través de las informaciones de las Mujeres Cuidadoras respecto a las personas mayores por ellas cuidadas.

Cuadro 1: Sujetos, Variables e Instrumentos utilizados en el estudio en la Fase 1

SUJETOS TOTAL n= 48	Mujeres Cuidadoras Informales(MCI) n= 24	Personas Mayores Dependientes de los Cuidados (PMDC) n= 24		
VARIABLES	Perfil Sociodemográfico Instrumento: Cuestionario de Información General (Apéndice 2)	Perfil Sociodemográfico Instrumento: Cuestionario de Información General (Apéndice 3)	Enfermedad Instrumento: Cuestionario de Información General (Apéndice 2)	Funcionalidad Instrumento: Índice de Katz (Anexo 3)

1.1.3.1. Variables Independientes: Perfil Sociodemográfico referido a las Mujeres Cuidadoras Informales

► **Edad:** Variable continua y medida en años, cuantitativa continua, con valor mínimo 42 y un máximo de 73 años.

► **Estado civil:** Variable cualitativa nominal. Se refiere al estado civil de los sujetos. Se ha dado el valor =1 casada, 2= soltera, 3= Viuda, 4= Otros.

► **Nivel de Estudios: (estudios)** Variable cualitativa nominal, se refiere a los estudios cursados por los sujetos. Valor =1, No saber leer ni escribir; =2, Estudios primarios; = 3, Bachiller Superior u BUP; =4 Estudios de formación profesional; =5 Estudios de Graduación y Universitarios.

► **Ocupación:** variable cualitativa nominal.

► **Cantidad de hijos:** variable cuantitativa/ discreta.

► **Vínculo familiar:** variable cualitativa nominal. Se refiere a la persona a quien cuida: 1) madre; 2) padre; 3) suegra; 4) suegro; 5) cónyuge y 6) otros.

► **Tiempo como cuidadora:** variable cuantitativa discreta. Se refiere al tiempo en años dedicados a los cuidados del enfermo. La información sobre esta variable, se ha recogido a través de la pregunta: *¿Cuánto tiempo lleva cuidándolo?* Las respuestas obtenidas fueron agrupadas en 4 grupos: de 01 – 05 años; de 06 – 10 años; de 11 – 24 años; de 25 – 35 años.

► **Cantidad de horas dedicadas al cuidado:** variable cuantitativa discreta en horas. Fueron agrupadas en 3 grupos: de 2 – 8 horas; de de 9 – 12 horas y de 13 - 24 horas.

► **Enfermedad:** variable cualitativa nominal dicotómica, respecto a la adaptación a la salud, medida a través de la pregunta: “¿Presenta usted alguna enfermedad? Sí o No.

1.1.3.2. Variables Independientes: Perfil Sociodemográfico referido a las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados

Las Variables Independientes Sociodemográficas referentes a las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados, cuyos datos fueron recogidos junto a las Mujeres Cuidadoras Informales del estudio, a través del Cuestionario de Informaciones Generales por Entrevista Personal (Apéndice 2), comprenden.

- **Edad:** variable cuantitativa continua y medida en años, con valor mínimo de 69 y un máximo de 96 años.
- **Sexo:** variable cualitativa nominal dicotómica

1.1.3.3. Variables Independientes Enfermedad y Funcionalidad referidos a las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados

Las Variables Independientes Enfermedad y Funcionalidad referidas a las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados, cuyos datos fueron obtenidos junto a las Mujeres Cuidadoras Informales del estudio, a través del Cuestionario de Informaciones Generales por Entrevista Personal (Apéndice 2), y que a continuación se detallan.

- **Enfermedad:** variable cualitativa nominal. Relativa a las Enfermedades presentadas por el anciano dependiente.
- **Capacidad Funcional:** variable cualitativa ordinal. Se evalúa la capacidad de ejecutar las 6 actividades consideradas de cuidados básicos de la vida diaria, tales como: bañarse, vestirse, ir al aseo,

trasladarse, control de esfínteres y alimentación. La información sobre esta variable se recogió a través del Índice de Katz (1963), lo cual está basado en una evaluación de la independencia o dependencia funcional de los sujetos para estos tipos de actividad.

1.1.4. Instrumentos de medida utilizados en la Fase 1

Para la obtención de los datos sociodemográficos de las mujeres cuidadoras de las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados se utilizó la técnica de Entrevista Personal a través del **Cuestionario de Informaciones Generales** (*Identificación*, edad, nivel de estudios, estado civil, actividad laboral, enfermedad que padece, a quién cuida, cuanto tiempo lleva cuidando al enfermo), según el **Apéndice 2**, especialmente diseñado para este estudio. Además, contiene la pregunta sobre su deseo y disposición a participar de un programa de actividad física adaptado y orientado según sus condiciones físicas.

También durante la Entrevista Personal con las Mujeres Cuidadoras fueron recogidas las informaciones respecto a las Personas Mayores, a través del **Apéndice 3** especialmente diseñado para este estudio, además de las informaciones recogidas con el fin de valorar el grado de funcionalidad de los ancianos dependientes de los cuidados, a través del **Índice de Katz** (Anexo 3), al empezar el estudio.

1.1.4.1. El Índice de Katz

El índice de Katz (Anexo 3) es uno de los tests de actividades de la vida diaria (AVDs) mejor conocidos y mejor estudiados. La medición exige una evaluación dicotómica

de seis funciones de las AVDs, en orden decreciente de dependencia, como: bañarse, vestirse, ir al aseo, trasladarse, continencia y alimentación (ver **Cuadro 2** y **Cuadro 3**). Se da un punto para cada ítem de dependencia. En este orden, los ítems configuran una escala de Guttman, es decir, que la puntuación indica el patrón exacto de respuestas según **Katz & cols (1963)**.

Cuadro 2: El Índice de Katz

ÍNDICE DE KATZ (Bañarse, vestirse, desplazarse, continencia, ir al servicio, alimentarse)
CODIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN
A = 0 = Independiente para las seis funciones
B = 1 = Dependiente para una función
C = 2 = Dependiente para lavarse y otra función
D = 3 = Dependiente para lavarse, vestirse y otra función
E = 4 = Dependiente para lavarse, vestirse, desplazarse y otra función
F = 5 = Dependiente para lavarse, vestirse, desplazarse, ir al servicio y otra función
G = 6 = Dependiente para todas las funciones

Fuente: Katz & cols (1963).

Nota: El término Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

Cuadro 3: Clasificación del Índice de Katz

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Bañarse (con esponja, ducha o bañera)	Necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.
Vestirse	Coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).	No se viste solo o permanece vestido parcialmente.
Usar el retrete	Accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).	Usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.
Mobilidad	Entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).	Precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.
Continencia	Control completo de micción y defecación.	Incontinencia urinaria o fecal parcial o total.
Alimentación	Lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).	Precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

Fuente: Katz & cols (1963).

Nota: el resultado se informa mediante la letra adecuada

A la continuación presentamos la Metodología utilizada, comprendiendo el Tipo de Diseño, la Población y la Muestra, la Clasificación y Definición de las Variables Sociodemográficas referidas a las Mujeres Cuidadoras Informales en la **Fase 2**.

1.2. CARACTERIZACIÓN DEL ESTUDIO EN LA SEGUNDA FASE (Fase 2)

1.2.1. Tipo de Diseño

Ha consistido en un diseño longitudinal, de carácter cuantitativo, experimental, según **Polit & Hungler (1995)**, con dos grupos, uno Control y otro Experimental, con medidas pré y post tratamiento, a través de la observación de los aspectos biopsicosociales como sobrecarga física, sobrecarga emocional y autopercepción del estado de salud general, tras la aplicación de un programa de actividad física adaptado y controlado en un grupo de Mujeres Cuidadoras Informales de Personas Mayores Dependientes.

1.2.2. Población y Muestra

1.2.2.1. Población

El universo o población del estudio en la **2ª Fase** está constituida por Mujeres Cuidadoras Informales de Personas Mayores Dependientes, usuarias del Centro de Salud de Dúrcal, pueblo cercano a la Provincia de Granada.

1.2.2.2. Muestra

En la **2ª Fase** la muestra del estudio ha consistido en n=24 Mujeres Cuidadoras Informales de las Personas Mayores Dependientes, que participaron en la **1ª Fase** del estudio, participantes de la Asociación AGESVAL, usuarias del Centro de Salud de Dúrcal,

cuya selección se realizó por accesibilidad, considerando su aceptación o no aceptación en participar de un programa de ejercicios físicos adaptados y orientados a su condición de cuidadora. Las Mujeres Cuidadoras que no aceptaron participar del programa de intervención, n=12 sujetos, fueron asignadas al Grupo Control y las Mujeres Cuidadoras que aceptaron participar del programa de intervención, n=12 sujetos, fueron asignadas al Grupo Experimental (Figura 2).

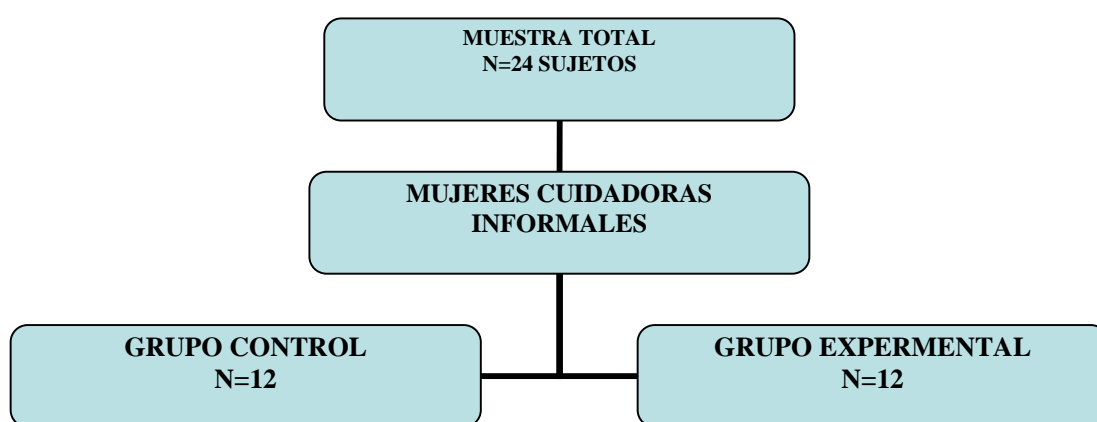


Figura 2: Muestra Total en la Fase 2

En la **Fase 2** del estudio, a todos los sujetos del Grupo Experimental, se les consideró como variables dependientes los aspectos biopsicosociales (físicos, emocionales y sociales) y se les evaluó la sobrecarga física y emocional, proveniente de los cuidados prestados, a través de la Escala de Sobrecarga de Zarit; y la autopercepción del estado de salud general, evaluada a través del Cuestionario de Salud General de Goldenberg (Anexo 1), como medidas al principio (Pré-Tratamiento) y al final (Pós- Tratamiento - después de cuatro meses del Programa de Intervención de Ejercicios Físicos Adaptados y Orientados a las Mujeres Cuidadoras Informales). Los mismos instrumentos fueron aplicados en el Grupo Control (sin la intervención del Programa de Ejercicios Físicos Adaptados y Orientados a las Mujeres Cuidadoras Informales). (Ver **Cuadro 4**).

Cuadro 4: Diseño de la 2ª Fase del estudio – Grupo Control y Grupo Experimental, Medidas pré y pós-tratamiento, Variables biopsicosociales (Sobrecarga Física y Emocional, Autopercepción del Estado de salud), Instrumentos de Medida y Sujetos

Grupos	Medidas Pré- tratamiento Variables Dependientes (VD): Biopsicosociales / Instrumentos de Medida	Tratamiento	Medidas Pós-Tratamiento Variables Dependientes(VD): Biopsicosociales Instrumentos de Medida	n
GE	Sobrecarga Física y Emocional Escala de Sobrecarga de Zarit Autopercepción del Estado de Salud Cuestionario de Salud General de Goldenberg	VI	Sobrecarga Física y Emocional Escala de Sobrecarga de Zarit Autopercepción del Estado de salud Cuestionario de Salud General de Goldenberg	12
GC	Sobrecarga Física y Emocional Escala de Sobrecarga de Zarit Autopercepción del Estado de Salud Cuestionario de Salud General de Goldenberg	–	Sobrecarga Física y Emocional Escala de Sobrecarga de Zarit Autopercepción del Estado de Salud Cuestionario de Salud General de Goldenberg	12
Total				n=24

Leyenda:

GE = Grupo Experimental

GC = Grupo Control

VD= Variables Dependientes

n= Número De Sujetosr

VI= Variable Independiente (Programa de Actividad Física Adaptada y Orientada)

– = sin tratamiento experimental (sin programa de actividad física adaptada y orientada)

1.2.3. Clasificación y Definición de las Variables en la FASE 2

1.2.3.1. Variables Dependientes Biopsicosociales referidas a las cuidadoras.

► **Sobrecarga Física y Emocional:** *variable* cualitativa ordinal, se refiere a los trastornos asimilados por los cuidadores, respecto a los niveles de sobrecarga física, psíquica y social en virtud de los cuidados prestados, aplicada antes y después de la intervención. La información sobre la sobrecarga de las cuidadoras se ha

recogido a través de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

► **Percepción del estado de salud:** *variable* cualitativa para medir la autopercepción de la salud física, psíquica y social de la cuidadora, subdividida en 4 subescalas: Subescala A, que evalúa síntomas corporales de origen psicógeno; Subescala B, que evalúa síntomas de ansiedad e insomnio; Subescala C, que evalúa síntomas relacionados con dificultades o disfunciones en las relaciones sociales. Y la Subescala D, que evalúa síntomas de depresión. La información sobre la autopercepción del estado general, ha sido recogida a través del Cuestionario de Salud de Goldenberg.

1.2.4. Descripción de los Instrumentos utilizados en la Fase 2

Para la obtención de los datos referidos a los aspectos biopsicosociales de las mujeres cuidadoras informales, fueron utilizados: la **Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit**, para la medición del nivel de sobrecarga del cuidador, como medidas pré y pós-tratamiento (Anexo 2) y el **Cuestionário de Salud General de Goldenberg** en su versión reducida de 12 ítems, para la medición del bienestar psicológico (Anexo 1);

1.2.4.1. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

La **Escala de Sobrecarga** del Cuidador de **Zarit** (Anexo 2) fue diseñada por Zarit, para valorar la vivencia subjetiva de **sobrecarga** apreciada por el cuidador principal de pacientes con demencia. Aunque la versión original constaba de 29 ítems, la más extendida es la de 22. Se encuentra validada en España por **Martín & cols (1996)**.

Se trata de un instrumento autoaplicado de 22 ítems, que exploran los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Cada cuestión se evalúa mediante una escala tipo Likert con 5 posibles respuestas que van desde nunca a casi siempre y que puntúan entre 1 y 5. La puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango, por lo tanto oscila entre 22 y 110, cuyas puntuaciones han sido segmentadas en 5 categorías: **Valor =1, Nunca ; 2= Rara vez; =3 Algunas Veces;=4 Bastantes veces; =5 Casi siempre**. En la validación española se proponen los siguientes puntos de corte: de 22-46 puntos: **No Sobrecarga**; De 47-55 puntos: **Sobrecarga leve** y de 56-110 puntos: **Sobrecarga intensa**, con una sensibilidad del 84,6% y una especificidad del 85,3% (**Martín & cols, 1996**).

1.2.4.2. Cuestionario de Salud de Goldenberg

El intento de los médicos y profesionales de la salud en general de evaluar objetivamente los niveles de salud, fue lo que motivó a David Goldenberg a elaborar un cuestionario de autorespuesta de salud general, o salud autopercebida, así como a decenas de autores a modificarlo, adaptarlo y perfeccionarlo. El Cuestionario de Salud General, es un instrumento elaborado en la década de los 70, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente que han mostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación

efectuados. Tras varias modificaciones, se encuentra en la actualidad con 12 ítems, (GHQ-12), con respuestas planteadas al sujeto, en escala tipo Likert. Esta escala, en cualquiera de sus versiones (60, 30, 28 ó 12 ítems), consta de proposiciones que deben ser contestadas escogiendo una de las posibles respuestas, planteadas al sujeto en escala Likert, con valores de 0 a 3 en las categorías de respuesta; el valor = **0**, **corresponde a mejor que lo habitual**; =**1** corresponde a **igual que lo habitual**, =**2** corresponde a **menos que lo habitual**, =**3** **mucho menos que lo habitual**, aplicada antes y después de la intervención (ver Anexo 1).

Cuando el ítem está formulado de manera que expresa un síntoma, la respuesta "menos que de costumbre" toma el valor 0 y la respuesta "mucho más que de costumbre", toma el valor 3. Pero si el ítem está redactado de manera positiva, los valores para calificar cada categoría se invierten. Así se obtiene una estimación del grado de severidad de la ausencia de salud mental, cuyo puntaje total es la sumatoria de los valores obtenidos en cada uno de los ítems. En la actualidad el método más utilizado es el método Likert, en particular en la versión castellana, que empleamos en el presente trabajo, con valores de 0 a 3 en las categorías de respuesta. Según este método el valor máximo que se puede obtener en la escala es de 36 puntos y el mínimo de cero puntos. El puntaje total se obtiene por sumatoria simple de las calificaciones en cada uno de los ítems (**VINIEGRA, 1999**).

Fue validada en España, con una muestra de 237 adultos, donde se calcularon los coeficientes de fiabilidad y la estructura factorial de la escala, a través del método de componentes principales y rotación varimax. Este estudio permitió también conocer el resultado de una primera aproximación a la evaluación de la salud mental en esta población, así como proponer su utilización a nivel de atención primaria de salud, tomando la versión castellana utilizada por **Álvaro Estramina (1996)**.

1.3. Criterios de Selección de la Muestra

Fueron incluidas en el estudio, todas aquellas personas que reunieron los siguientes criterios:

a) Mujeres cuidadoras de personas mayores dependientes, participantes de la Asociación AGESVAL², usuarias del Centro de Salud de Dúrcal, que expresaron su consentimiento de forma voluntaria para participar del estudio;

b) A todas las mujeres entrevistadas, para su inclusión en el estudio, se consideró la respuesta positiva en cuanto a su deseo de participar en el programa de actividad física, para en seguida asignarlas en el Grupo Experimental y en el Grupo Control.

Los **criterios de exclusión** fueron la no aceptación en participar del estudio, además de problemas de salud diagnosticados por el medico como: cardiopatía, isquemia, historia de fracturas, así como presentar incapacidad para alguna de las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria.

2. PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se ha realizado en dos etapas claramente diferenciadas: a) Procedimientos de Recogida de la Información y b) Procedimiento del Experimento, por lo que los especificaremos en cada una de ellas separadamente. Pero, antes de la recogida de la información, fueron necesarios contactos y autorizaciones con el fin de empezar el estudio. Para tal, se mantuvieron los contactos necesarios para realizar el estudio en el Centro de Salud de Dúrcal, provincia de Granada, obteniéndose los permisos necesarios y la realización de charlas sobre el tema: “*Sobrecarga en Cuidadores*”.

Conscientes de que el quehacer científico ha de regirse por normas éticas, hemos realizado este trabajo ateniéndonos al código deontológico que rige la investigación científica. Los sujetos del estudio, o sea, las Mujeres Cuidadoras Informales, fueron entonces derivadas por la trabajadora social local, para la realización

² Asociación de Mujeres Cuidadoras Informales de Personas Mayores Dependientes, que residen en el Pueblo de Dúrcal, cercano a la Provincia de Granada.

de la Entrevista Personal y firma del Consentimiento Informado, considerándose los siguientes aspectos:

1. Que los sujetos que han participado en este estudio conocían el objetivo previsto para el estudio y dieron su consentimiento de modo expreso, consciente y libre para participar en la investigación.
2. Que la información recogida ha tenido un trato absolutamente confidencial, habiendo actuado en todo momento de acuerdo con las normas éticas profesionales.

2.1. Etapas del Estudio

Después de **identificar** a todas las mujeres cuidadoras de personas mayores dependientes de la AGESVAL (Asociación de Mujeres Cuidadoras Informales de Personas Mayores Dependientes) de Dúrcal, se les presentaron los objetivos previstos para el estudio y se obtuvo el consentimiento de aquellas que han aceptado participar. El estudio se desarrolló según el planteamiento propuesto en las **Fases 1 y 2** descritas abajo, donde se les administró la batería de pruebas de forma individual a todos los sujetos, o sea, a las Mujeres Cuidadoras Informales de personas mayores dependientes.

En la Fase 1 (ver Figura 3)

► Entrevista Personal para la obtención de las **Informaciones Sociodemográficas** referidas a las **Mujeres Cuidadoras** (Apéndice 2), que además de los datos *de identificación*, contenía la pregunta sobre su deseo y disposición en participar de un programa de actividad física adaptado y orientado de acuerdo a sus condiciones físicas. Sí contestaba que tenía el deseo de participar en el programa referido, se asignó a dichas mujeres al Grupo Experimental y en caso de no aceptación, al Grupo Control.

► Además de aplicar el cuestionario mencionado, se les aplicó a todas las mujeres cuidadoras seleccionadas para el estudio, el cuestionario para la obtención de **Informaciones Sociodemográficas referidas a las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados** (Apéndice 3), y el **Índice de Katz** (Anexo 3), con el fin de valorar el grado de funcionalidad de las personas por ellas cuidadas.



Figura 3: Etapas del Estudio en la Fase 1

Etapas del Estudio en la Fase 2

► Dando seguimiento a la etapa de obtención de los datos, se les aplicó además a las Mujeres Cuidadoras Informales del estudio los siguientes instrumentos (Medidas Pré-Tratamiento):

- a) Cuestionario de Salud General de Goldenberg – **(Anexo 1)**.
- b) Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Caregiver Burden Scale Zarit) **(Anexo 2)**.

► En seguida, se llevó a cabo la **Clasificación de la Muestra**, que se completó con la asignación de los sujetos del estudio en los Grupos Experimental y Control (ver Figura 4).

► Aplicación del programa de intervención, o sea, de un Programa de Ejercicios Físicos Orientados y Adaptados durante el período de cuatro meses, según el apartado **Programa de Intervención** (ver Figura 4).

► La segunda recogida de los datos se llevó a cabo tras el Programa de Intervención (Medidas Pós-Tratamiento), con el fin de comparar los cambios producidos en el Grupo Experimental, desde el inicio del programa hasta su finalización y comparar también las diferencias entre el Grupo Experimental y el Grupo Control. Procedimos a una nueva aplicación de las pruebas en ambos grupos de los instrumentos referidos al Cuestionario de Salud General de Goldenberg **(Anexo 1)** y Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Caregiver Burden Scale Zarit), en el **Anexo 2** (ver Figura 4).

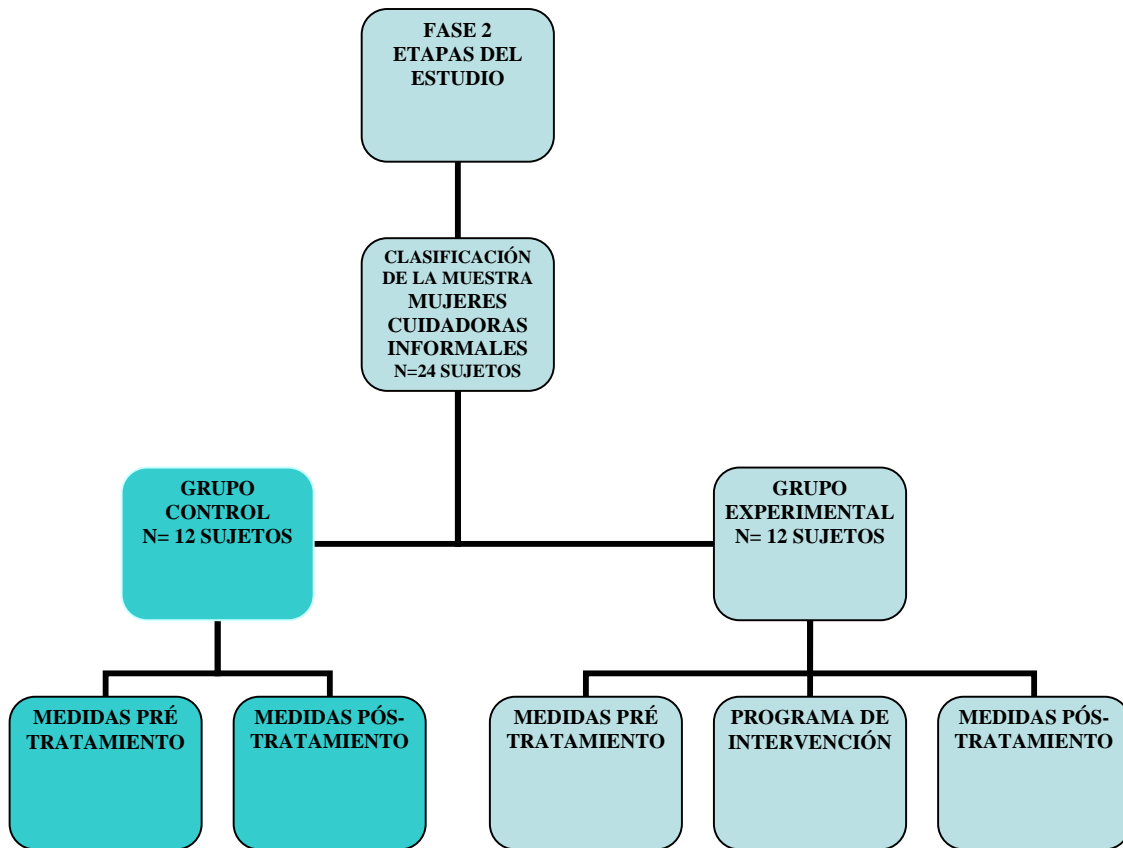


Figura 4: Etapas del Estudio en la Fase 2

► La recogida de los datos, Medidas Pré y Pós-Tratamiento, tubo una duración media, para la aplicación de los cuestionarios a cada sujeto, de 30 minutos y se realizó en una consulta especialmente reservada para esta actividad, en días previamente determinados por el investigador de este estudio.

3. PERIODO, DURACIÓN Y LUGAR

- La etapa experimental, ha sido desarrollada durante un periodo de 4 (cuatro meses), con un encuentro semanal de 1 hora y media, en el Centro de Salud ubicado en Dúrcal, provincia de Granada.

- El espacio donde se ha impartido el programa, ha sido un pabellón cubierto, adecuadamente estructurado con todos los materiales necesarios y delimitando la zona de actuación con exactitud y con las siguientes dimensiones: 5,00m de ancho x 10,00m de largo x 2,80m de altura. El control de las condiciones internas (ambientales), de iluminación y de temperatura, se ajustó cuando se hizo necesario.

4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El diseño del programa de intervención, ha tenido carácter lúdico-funcional. Se ha orientado al desarrollo de actividades para mejorar las condiciones de la salud física y biopsicosocial, enfatizando la autopercepción general de la salud física y psíquica y la sobrecarga física, psíquica, emocional y social de los sujetos de la muestra de este estudio, o sea, de las Mujeres Cuidadoras Informales de personas mayores dependientes.

Su elaboración ha estado fundamentada en las aportaciones de los estudios empíricos analizados en la amplia revisión bibliográfica y en la experiencia personal del investigador. La participación en el referido programa, permitirá determinar si puede mejorar el impacto de la sobrecarga en la salud de un grupo de mujeres cuidadoras informales de ancianos dependientes desarrollándose un plan según la condición física presentada y las necesidades individuales de los sujetos, a través de un trabajo sistemático, combinándose una serie de mecanismos de adaptación y de complejidad progresiva.

El programa de intervención, aplicado en este estudio, fue desarrollado a través de sesiones de actividades físicas adaptadas y esta constituido por ejercicios respiratorios, de estiramiento, de flexibilidad y de fortalecimiento muscular, con la utilización de música como un recurso imprescindible para la motivación durante las sesiones, y respetándose las limitaciones o condiciones físicas presentadas por los sujetos del estudio, además de la aplicación de la técnica de relajación Progresiva de

Jacobson.

4.1. Protocolo y Selección de las Actividades

4.1.1. Valoración funcional/nivel de la condición física

Según **Rodríguez (1995)**, la condición física (aptitud física o forma física) puede definirse como un estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas llevar a cabo las tareas diarias habituales, disfrutar del tiempo de ocio activo, afrontar las emergencias hipocinéticas derivadas de la falta de actividad física, desarrollar al máximo la capacidad intelectual y experimentar plenamente la alegría de vivir. La valoración funcional/nivel de la condición física, está constituida de la historia de actividad física de la persona, sus preferencias y concreción del tiempo real que dispone. Dentro del interrogatorio interesan considerablemente los antecedentes personales de actividad física, enfermedades, así como los hábitos llevados hasta el momento (alimentación, tabaco y alcohol).

Tras la asignación de los sujetos al grupo experimental y antes de empezar la intervención propiamente dicha, se realizaron pruebas de valoración funcional con los siguientes objetivos:

- 1) Establecer contacto y pronosticar las posibilidades del rendimiento del grupo;
- 2) Evaluar y adecuar las actividades para la individualización de cada sujeto para eficacia del programa;
- 3) Agrupar y clasificar las condiciones físicas presentadas por los sujetos de las movilidades articulares, flexibilidad, fuerza, resistencia cardiorrespiratoria.

Dicha valoración ha incluido los siguientes ítems: a) Movilidad (flexibilidad) de las articulaciones; b) Valoración del equilibrio y de la coordinación; c) Fortalecimiento Muscular y d) Resistencia cardiorespiratoria (Rodríguez, 1995).

4.1.2. Aplicación del Programa de Intervención

En este estudio, hemos aplicado un programa basado en:

1. Ejercicios fundamentalmente dinámicos, en el que participaron grandes grupos musculares, con intensidad moderada y con un volumen que puede ser alto, dependiendo del sujeto;
2. Se evitaron en lo posible las sobrecargas adicionales que exponen al aparato osteoarticular a un estrés mecánico important.
3. Actividades de bajo impacto músculo-esquelético.
4. Enfocado en actividades que preserven la flexibilidad y la amplitud articular.
5. Actividad física utilitaria adaptada a las posibilidades de movimiento de la persona.
6. Ejercicios rítmicos y agradables de practicar;
7. La elección de los ejercicios se limita a los fundamentales.

4.1.3. Tipos de ejercicios y Estructura de las Sesiones utilizados en el Programa de Intervención

A continuación, se especificarán las sesiones, que fueron divididas en 4 fases: Ejercicios de Movilidad/ Flexibilidad Articular, Resistencia cardiorrespiratoria, Fuerza Muscular y Ejercicios de Relajación.

4.1.3.1. Ejercicios de Movilidad/ Flexibilidad Articular

■ **Estiramiento muscular** (o movilidad, flexibilidad): Ambos conceptos engloban la flexibilidad, pero con el fin de mantener las amplitudes normales de las articulaciones, a través de movimientos activos.

- **Consideraciones:** no realizar un estiramiento estático más de 20 segundos, por riesgo de pequeñas roturas del tejido conectivo y por supuesto, nunca debe llegar al dolor. Entre 8 y 12 ejercicios estáticos con mantenimiento de la posición, repetidos 6 a 10 veces por ejercicio.

- Los ejercicios de estiramientos deberán ser realizados antes y después del programa de ejercicios musculares, pues reduce la formación del exceso de fibras colágenas y posibilita la disminución de la incidencia lesional.

Tiempo: 10 minutos

4.1.3.2. Resistencia cárdiorespiratoria

- Ejercicios de Resistencia para el desarrollo muscular, el metabolismo y la función cardiorrespiratoria.

- Trabajos aeróbicos de 20 a 30 minutos entre el 40 al 70% de la máxima capacidad funcional, dependiendo del nivel de actividad. Ejercicios globales y con bajo impacto articular.

- **Consideraciones:**

- Evitar las contracciones isométricas, en virtud de provocar un aumento en la tensión muscular, disminuyendo el flujo muscular, lo cual implica un aumento de la tensión arterial y de la frecuencia cardiaca.

- Ejercicios de rotación de los brazos, flexión y extensión.

- Flexión y extensión de las piernas y pies, ejercicios aeróbicos que combinan fuerza muscular y flexibilidad de las articulaciones a través de movimientos rítmicos musicales.

4.1.3.3. Ejercicios respiratorios

■ Una respiración eficaz, hace fluir los sentimientos, unifica el cuerpo y hace aumentar la satisfacción y calidad de vida. El aumento de la capacidad respiratoria, incrementa la ingestión de oxígeno, mejorando la circulación sanguínea. Son importantes como control de los tiempos de estímulos de las actividades y pausa de las sesiones **(Smollerm, 1996)**.

■ El oxígeno, aumenta la capacidad energética del organismo y su movilidad, la fatiga y la mala ventilación, producen déficit de energía e incluso nos hace sentir deprimidos. La mayoría de las personas respira mal si no es una respiración consciente. El estrés y la ansiedad, nos hacen contener la respiración y al dejar de respirar, aumenta el miedo y la ansiedad, por la escasa ventilación aeróbica **(Smollerm, 1996)**.

■ Los ejercicios respiratorios tienen como objetivo aumentar la capacidad respiratoria, mejorar la circulación sanguínea y relajar física y psíquicamente. Es importante como control de los tiempos de actividad y pausa de la sesión, así como para la disminución de la intensidad en determinados momentos.

■ Deben comenzar desde una postura cómoda, buscando el relax de la tensión muscular y estimulando la respiración, eficaz, consciente, profunda y de balanceo tórax-abdomen-abdomen-tórax.

■ La boca ha de estar ligeramente abierta, pueden ser realizados de forma natural, amplia y adaptada al esfuerzo y al ritmo del movimiento.

■ Brazos a lo largo del cuerpo, respiración diafragmática activa (apretando el estómago), respiración pasiva (inhalación a través de la nariz y exhalación por la boca)

■ Pies paralelos. Relajar todo lo que se pueda espalda, cabeza, cuello y hombros.

■ Al principio basta con tres o cuatro respiraciones profundas, (inspiración por la nariz profundamente, y espiración por la boca suavemente y despacio) más adelante pueden realizarse seis o siete y descansar un minuto y volver a repetir.

Tiempo de realización: 10 minutos.

4.1.3.4. Ejercicios de Fortalecimiento Muscular

- **Tiempo de ejecución:** 15 minutos

A) BRAZOS

- Con los brazos en cruz realizar flexión de muñecas, sin doblar los codos.

3 x 8 repeticiones

Recuperación durante 30 segundos

- Girar los brazos adelante – atrás, el movimiento parte de los hombros.

Recuperación 30"

3 x 8 – Repeticiones

Recuperación durante 30 segundos

- Flexionar codos, puños cerrados.

3 x 10 – Repeticiones

Recuperación durante 30 segundos

B) PECTORAL

- Con los brazos entrelazados a la altura del pecho y las manos apoyadas en los codos contrarios realizar contracciones musculares intentando empujar los codos hacia el exterior

3 x 10 – Repeticiones

Recuperación durante 30 segundos

- Brazos en cruz, codos flexionados antebrazos hacia arriba, unir los codos por delante del pecho, y volver la posición

3 x 10 – Repeticiones

Recuperación durante 30 segundos

C) ABDOMINALES

La posición en los ejercicios de abdominales es fundamental para su correcta realización.

- Tumbado boca arriba (decúbito supino), con las piernas flexionadas y la zona lumbar pegada al suelo, llevar la rodilla derecha 10 veces al pecho alternando con la izquierda, totalizando 20 repeticiones. En seguida, llevar las dos rodillas juntas al pecho.

3 x 10 – Repeticiones

Recuperación

- Con las manos en la nuca levantar la cabeza y la parte superior de la espalda mediante contracción abdominal. No tira de brazos ni cuello

6 – 10 repeticiones

Recuperación durante 30 segundos

- Con una mano en la nuca y la otra extendida al frente, intentar tocar las rodillas entre cada repetición relajar ligeramente.

Hacer 8 repeticiones y cambiar de manos.

- Con las dos manos en la nuca, llevar la barbilla y las rodillas, simultáneamente al pecho.

Hacer de 03 – 10 repeticiones

Recuperación de 30 segundos

D) ESPALDA

En posición decúbito prono (tumbado boca abajo):

- Con los brazos extendidos por encima de la cabeza, elevar uno y otro sin arquear la espalda.

8 - 10 – Repeticiones

Recuperación de 30 – 4 segundos

- Con los brazos en cruz y la cabeza apoyada en la colchoneta, elevar los brazos alternativamente.

8 - 10 – Repeticiones

Recuperación 30 – 40 segundos

E) GLÚTEOS

- Tumbado boca abajo (decúbito prono) con la barbilla apoyada en las manos elevar una pierna del suelo sin flexionar las rodillas, repetir con la otra pierna.

- Tumbado boca arriba (decúbito supino), con las piernas flexionadas, un poco separadas, y los brazos a lo largo del cuerpo, elevar las caderas y volver a posición inicial.

5 –10 Repeticiones

F) PIERNAS

- Sentado en una silla con la espalda pegada al respaldo , realizar ejercicios de cuádriceps: extender una pierna hasta la horizontal, bajarla y subir la otra.

3 - 10 Repeticiones

- Ejercicios de gemelos: Con los pies apoyados en el suelo, elevar los talones empujando con las puntas de los pies hacia el suelo.

8 –10 Repeticiones

- De pie, apoyar las manos en la pared y elevar los talones del suelo sin flexionar las rodillas.

3 - 8 Repeticiones

4.1.3.5. Ejercicios de Relajación

■ Se aplicó la técnica de **Relajación Progresiva de E. Jacobson (1974)**. Cada sesión de relajación tenía una duración media de 20 minutos.

Práctica de la relajación (Relajación Progresiva de E. Jacobson, 1974).

■ La postura de inicio, debe ser tumbado en el suelo sobre una esterilla. Antes de comenzar es necesario, que estén cómodos, cerrar los ojos por algunos segundos, haciendo inspiraciones profundas y despacio en las secciones.

■ Tumbado de barriga para arriba, con los brazos estirados y abducidos, las palmas de las manos hacia arriba, piernas estiradas. Se van a ir contrayendo y relajando diferentes grupos musculares, según las directrices del orientador.

■ Luego de pie relajar los hombros hacer movimiento rotativos para arriba y para abajo de forma larga y lenta, y estirar las manos al mismo tiempo, rotaciones del cuello para la derecha e izquierda haciendo espiraciones e inspiraciones.

■ **Duración de cada posición** entre 15 y 30 segundos.

5. CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS

La clasificación es la fase previa al procesamiento informático de los datos. En esta fase se codificaron las respuestas de cada pregunta del cuestionario. Una vez realizada la codificación se procedió a la tabulación mediante un sistema informático. Tras la tabulación y mecanización de los datos realizamos el análisis estadístico mediante el SPSS versión 11.5 para Windows (Statistical Packaje of the Social Sciences).

6. PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

Para observar, tanto las principales variables sociodemográficas de las cuidadoras informales y de los ancianos dependientes de sus cuidados, como identificar el nivel de capacidad funcional (grado de dependencia e independencia de los ancianos dependientes), en la **Fase 1**, se desarrolló un estudio descriptivo de las variables cuantitativas en las que se han calculado: media, desviación típica, varianza, rango, máximo, mínimo. Para las variables nominales y categóricas, se utilizó el Chi cuadrado, con tablas de frecuencia. Análisis descriptivo de las variables biopsicosociales referidas a las mujeres cuidadoras informales como: percepción del estado general de salud y sobrecarga.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en este estudio, para saber el grado de relación entre las variables independientes y las variables dependientes y para determinar las diferencias en el grupo control entre las dos medidas realizadas entre el comienzo y el final del periodo de estudio y en el grupo experimental, antes y después de la aplicación del programa de intervención, en la **Fase 2**, se ha utilizado la prueba de rangos con signo de Wilcoxon (prueba no paramétrica) por ser muestras relacionadas y con un “n” pequeño. Además, el test de hipótesis empleado para determinar la significación de las variables dependientes en el Grupo Control frente al Grupo Experimental, antes y después de la aplicación de la intervención, ha sido el test “U” de Mann Whitney.

RESULTADOS

III. RESULTADOS

En este apartado serán presentados los resultados de los datos obtenidos según el orden establecido en el apartado Objetivos.

Para una mejor comprensión, en el análisis descriptivo y en el análisis inferencial de los datos, todos los resultados serán presentados según la asignación de las Mujeres Cuidadoras Informales del estudio al Grupo Control o al Grupo Experimental respectivamente. De igual forma para los datos referentes a las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados, que aunque no participaron directamente del estudio, pero tomaron parte en el mismo a través de las informaciones obtenidas de sus cuidadoras, a los que hemos optado por asignar al Grupo Control o Experimental, según la asignación dada a su cuidadora respectivamente.

Hemos planteado la presentación de las variables del estudio con sus respectivos resultados por Fases, en el siguiente orden:

1- Primera Fase del estudio

1.1. Teniendo en cuenta **el Primer Objetivo del estudio**, Identificar las variables sociodemográficas de las Mujeres Cuidadoras Informales, con relación a la edad; el estado civil; el nivel de estudios; la situación laboral (ocupación); a quién cuida; cuánto tiempo lleva cuidando al enfermo; cuántas horas al día son dedicadas a los cuidados; se padece de alguna enfermedad; si tiene hijos.

1.1.1. Respecto a la variable Edad: las Mujeres Cuidadoras Informales de Ancianos Dependientes del grupo control presentaron una **edad** mínima de 53 años y máxima de 62 años, con una media de $54,0 \pm 8,88$ años. En la distribución por intervalos se observa un colectivo de 42 a 52 años, con $n=03$ sujetos; de 53 a 63 años, con $n=05$ sujetos, y de 64 a 73 años, con $n=04$ sujetos. Respecto a las Mujeres Cuidadoras Informales de Ancianos Dependientes, en el grupo experimental presentaron una **edad** mínima de 50 años y máxima de 73 años, con una media de $59,1 \pm 7,18$ años. En la distribución por intervalos se observa un colectivo de 42 a 52 años, con $n=04$ sujetos; de 53 a 63 años, con $n=06$ sujetos, y de 64 a 73 años, con $n=02$ sujetos (**Tabla 1**).

Tabla 1- Distribución de la variable Edad de las Mujeres Cuidadoras Informales en el Grupo Control y en el Grupo Experimental

Variables	Grupos		Total
	Control	Experimental	
Edad del Cuidador			
42-52 años	03	04	07
53-63 años	05	06	11
64-73 años	04	02	06
Média/ Desviación Típica	$54,0 \pm 8,88$ años	$59,1 \pm 7,18$ años	
Mínimo	42,0	50,0	
Máximo	52,0	73,0	
Total	12	12	24

$X^2=0.900$; $gl=2$; $p>0,05$

1.1.2. Otras variables sociodemográficas de las mujeres cuidadoras informales como estado civil, nivel de estudios, situación laboral (ocupación), a quién cuida, cuánto tiempo lleva cuidando al enfermo,

cuántas horas al día son dedicadas a los cuidados, si padece de alguna enfermedad, si tiene hijos.

En la **Tabla 2**, observamos los Datos Sociodemográficos en ambos grupos.

► En el Grupo Control (n=12), han presentado:

Estado Civil: Casado (n=11), Viuda (n=1); ($X^2=2.00$; gl=2; $p>0,05$).

Nivel de Estudios: Estudios primarios (n=9), Estudios de Formación Profesional (n=2) y Estudios de Grado Superior (n=1); ($X^2=5.86$; gl=3; $p<0,05$).

Padece el Cuidador de alguna enfermedad? Sí (n=8), No (n=4); ($X^2=4.19$; gl=1; $p<0,05$).

Actividad Laboral: Trabaja (n=6), No Trabaja (n=6); ($X^2=8,00$; gl=1; $p<0,05$).

Tiene hijos? Sí (n=12); No se pudo hacer el X^2 .

A quién cuida? Madre (n=6), Suegra (n= 2), Suegro (n=3), No familiar u otros (n=1); ($X^2=7.28$; gl=5; $p>0,05$).

Cuántas horas al día pasa cuidando? De 02 – 08 horas (n=02); de 09 – 12 horas (n=0); de 13 – 24 horas (n= 10); ($X^2=7.52$; gl=5; $p>0,05$).

Cuanto tiempo lleva cuidando? 1-9 años (n= 9), 10-35 años (n=3); ($X^2=9.333$; gl=7; $p>0,05$).

Trabaja? Si (06) y No (06); ($X^2=8,00$; gl=1; $p<0,05$).

► En el Grupo Experimental (n=12), han presentado:

Estado Civil: Casado (n=11), Viuda (n=1); ($\chi^2=2.00$; gl=2; $p>0,05$).

Nivel de Estudios: Estudios primarios (n=5), Estudios de Formación Profesional (n=1) y Bachiller Superior o BUP (n= 6); ($\chi^2=5.86$; gl=3; $p<0,05$).

Padece el Cuidador de alguna enfermedad? Sí (n=3), No (n=9); ($\chi^2=4.19$; gl=1; $p<0,05$).

Actividad Laboral: No Trabaja (n=12); ($\chi^2=8,00$; gl=1; $p<0,05$).

Tiene hijos? Sí (n=3), No (n=9); No se pudo hacer el χ^2 .

A quién cuida? Madre (n=8), Padre (n=2), Suegro (n= 1), Conyuge (n=1); ($\chi^2=7.28$; gl=5; $p>0,05$).

Cuántas horas al día pasa cuidando? De 02 – 08 horas (n=03); de 09 – 12 horas (n=02); de 13 – 24 horas (n= 07).; ($\chi^2=7.52$; gl=5; $p>0,05$).

Cuánto tiempo lleva cuidando? 01- 05 años (07); 06 -10 años (02); 11 – 24 años: (01); 25 – 35 años (02);).; ($\chi^2=3.000$; gl=8; $p>0,05$).

Trabaja? Si (0) y No (12); ($\chi^2=8,00$; gl=1; $p<0,05$).

Tabla 2- Datos Sociodemograficos en el Grupo Control y Experimental de las Mujeres Cuidadoras Informales

Variables	Grupos		Total	X ²
	Control	Experimental		
Estado Civil				X ² =2.00; gl=2; p>0,05
Casado	11	11	22	
Viuda	01	-	01	
Otros	-	01	01	
Nivel de Estudios				X ² =5.86; gl=3; p<0,05
Estudios primarios	09	05	14	
Bachiller Superior o BUP	-	06	06	
Estudios de Formac.	02	01	03	
Profes.	01	-	01	
Estudios de Grado Superior				
Padece el Cuidador de alguna enfermedad?				X ² =4.19; gl=1; p<0,05
Sí	08	03	11	
No	04	09	13	
A quién cuida?				X ² =7.28; gl=5; p>0,05
Madre	06	08	14	
Padre	-	02	02	
Suegra	02	-	02	
Suegro	03	01	04	

Conyuge	-	01	01	
No familiar o otros	01	-	01	
Cuántas horas al día pasa cuidando?				$X^2=7.52$; $gl=5$; $p>0,05$
02 - 08	02	03	05	
09 - 12	00	02	02	
13 – 24	10	07	17	
Cuanto tiempo lleva cuidando?				$X^2=3.000$; $gl=8$; $p>0,05$.
01- 05 años	07	07	14	
06 -10 años	02	03	05	
11 – 24 años	01	02	03	
25 – 35 años	02	00	02	
Trabaja?				$X^2=8,00$; $gl=1$; $p<0,05$
Sí	06	00	06	
No	06	12	24	
Total de Cuidadores	12	12	24	

1.2. Considerando el **Segundo Objetivo** del estudio que es Identificar el perfil de las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados, a través de las variables Sociodemográficas como edad, sexo, enfermedades y nivel de funcionalidad presentados por los ancianos dependientes. La categorización de los ancianos dependientes de los cuidados en el Grupo Control o en el Grupo Experimental, se hizo

según la asignación de las cuidadoras y pertenencia de ellas al Grupo Control o Experimental respectivamente.

1.2.1. Respecto a la variable **Sociodemográfica Edad** de los Ancianos Dependientes cuidados por las Mujeres Cuidadoras asignadas al Grupo Control (n=12), se observan los siguientes datos: una edad mínima de 69 años y máxima de 96 años, con una media de $87,5 \pm 7,57$ años. En la distribución por intervalos se observa un colectivo de 69-80 años, con n=01 sujetos; de 81-89 años, con n=06 sujetos, y de 90-96 años, con n=05 sujetos.

Respecto de los Ancianos Dependientes cuidados por las Mujeres Cuidadoras asignadas al Grupo Experimental han presentado una edad mínima de 74 años y máxima de 95 años, con una media de $85,1 \pm 7,14$ años. En la distribución por intervalos se observa un colectivo de 69-80 años, con n=02 sujetos; de 81-89 años, con n=06 sujetos, y de 90-96 años, con n=04 sujetos. ($X^2=1.51$; $gl=1$; $p>0,05$), según datos presentados en la **Tabla 3**.

Tabla 3- Distribución de la variable Edad de las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados de las Mujeres Cuidadoras asignadas al Grupo Control y Grupo Experimental respectivamente

Variable	Personas Mayores Dependientes		Total
	de los Cuidados de las Mujeres		
	Cuidadoras asignadas al		
	Grupo		
	Control	Experimental	
Mé dia	87,5	85,1	
Desviación Típica	7,57	7,14	
Mínimo	69,0	74,0	
Máximo	96,0	95,0	
Rangos de edad			
De 69-80 años	01	02	
De 81-89 años	06	06	
De 90-96 años	05	04	
Total	12	12	24

($X^2=1.94$; $gl=3$; $p>0,05$)

1.2.2 Respecto a la variable **Enfermedades de los Ancianos Dependientes de los Cuidados** de las Mujeres Cuidadoras asignadas en el Grupo Control (n=12), se observaron las siguientes enfermedades: Enfermedad de Alzheimer (n=02), Demencia senil (n=03), Ceguera (n=1), Senilidad (n=2) y Otras Enfermedades como Diabetes, Osteoporosis, Cardiovasculares (n=04).

Respecto a las Enfermedades de los Ancianos Dependientes de los Cuidados de las Mujeres Cuidadoras asignadas en el Grupo Experimental (n=12), se observó las siguientes enfermedades: Enfermedad de Alzheimer (n=02), Demencia senil (n=03), Ceguera (n=1), Senilidad (n=3) y Otras Enfermedades como Diabetes, Osteoporosis, Cardiacas (n=10), según la **Tabla 4**. En esta variable, los sujetos suelen presentar más de una enfermedad.

Tabla 4- Distribución de la variable Enfermedad de los Ancianos Dependientes, cuidados por las Mujeres Cuidadoras Informales del Grupo Control y del Grupo Experimental

Variable	Personas Mayores Dependientes		Total
	de los Cuidados de las Mujeres		
	Cuidadoras asignadas al		
Enfermedades observadas en los Ancianos Dependientes de los Cuidados	Grupo		
	Control	Experimental	
Alzheimer	02	02	04
Demencia senil			
Ceguera	03	01	03
Senilidad	01	04	05
Otras (Diabetes, Osteoporosis, Cardiovasculares)	02	01	03
	04	06	10

1.2.3 Variables de Capacidad Física o Funcionalidad del Anciano Dependiente

La variable **Capacidad Física o Funcionalidad del Anciano Dependiente** ha sido valorada a través del Índice de Katz (1963), que se basa en el grado de independencia/dependencia de los ancianos dependientes de las cuidadoras informales en este estudio, para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) relacionadas con el cuidado personal. En la **Tabla 5** se presenta la distribución de frecuencias de las seis categorías del Índice de Katz evaluadas, respecto a los ancianos dependientes junto a las cuidadoras asignadas según Grupo Control y Grupo

Experimental. Se valoró la capacidad funcional de los sujetos con relación a la necesidad de ayuda para realizar actividades como bañarse, vestirse, uso del retrete, desplazamientos cortos, alimentarse y el control de esfínteres.

Tabla 5: Distribución de frecuencias de la variable Actividades Básicas de la Vida Diária (ABVD) según la clasificación del Índice de Katz, de los Ancianos Dependientes de los Cuidados de las Mujeres Cuidadoras asignadas al Grupo Control y Grupo Experimental

Actividades Básicas de la Vida Diária según la clasificación del Índice de Katz de los Ancianos Dependientes de las Mujeres Cuidadoras	Ancianos Dependientes de los Cuidados de las Mujeres Cuidadoras asignadas en el Grupo		Total
	Control	Experimental	
	A= Independiente para las 6 funciones	03	
B= Dependiente para una función	04	01	05
C= Dependiente para 2 funciones	04	03	07
D= Dependiente para 3 funciones	-	02	02
E= Dependiente para 4 funciones	-	01	01
F= Dependiente para 5 funciones	-	-	-
G=Dependiente para las 6 funciones	01	01	02
TOTAL	12	12	24

Para la realización del análisis bivariado, los resultados de la variable Actividades Básicas de la Vida Diaria fueron agrupados en dos categorías: Independiente y Dependiente, tomando como criterio la clasificación original establecida por el Índice de Katz, cuya descripción de resultados ha sido presentado en la Tabla 3. De esta forma, se han considerado como **independientes**, los sujetos valorados con el grado **A** para las actividades de la vida diaria como: bañarse, vestirse, uso del retrete, desplazamientos cortos, alimentarse y control de esfínteres, y como **dependientes** los sujetos valorados con los demás grados de clasificación del Índice de Katz, para 1 o hasta las seis actividades arriba mencionadas. En la **Tabla 6** presentamos la distribución de frecuencias relativas de las ABVD de forma agrupada, observando un elevado porcentaje (91,7 %) de personas consideradas **dependientes** para las actividades básicas de la vida diaria en ambos grupos.

Tabla 6: Distribución de la frecuencia relativa de la variable Actividades Básicas de la Vida Diaria de las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados, dicotomizada de los sujetos dependientes e independientes

ABVD de Personas Dependientes de los Cuidados	Ancianos Dependientes Cuidados por Cuidadoras del Grupo Control(%)	Ancianos Dependientes Cuidados por Cuidadoras del Grupo Experimental(%)
Independiente	8,3	8,3
Dependiente	91,7	91,7
TOTAL	100	100

2. FASE 2ª DEL ESTUDIO

En la Segunda Fase (Fase 2) del estudio intentamos atender al **Tercer objetivo** o sea, evaluar la influencia de un programa de ejercicio físico orientado y adaptado a la Salud Física y Aspectos Biopsicosociales de las Mujeres Cuidadoras Informales del estudio.

En este sentido, se ha realizado el análisis descriptivo y el análisis inferencial de las variables: autopercepción de la salud y de las variables referentes a la sobrecarga de los cuidados. El análisis inferencial se ha realizado para inferir hasta que punto existe una relación de causalidad entre las variables, o sea, entre la variable independiente (programa de ejercicio físico terapéutico) y las variables dependientes (autopercepción del estado de salud general y sobrecarga de los cuidados en las mujeres Cuidadoras de Ancianos Dependientes).

2.1. Variable Autopercepción del estado de salud, cuyos datos fueron recogidos a través de la Escala de Salud General de Goldenberg, según la cual, cuanto menor sea la puntuación obtenida, mejor es el estado de salud presentado. Para determinar las posibles diferencias en el Grupo Control (al principio y al final del estudio) y en el Grupo Experimental (antes y después de aplicar el programa de ejercicio físico), se ha utilizado la prueba de rangos con signos de Wilcoxon, observando un aumento de puntuación en el grupo control entre las medidas recogidas al comienzo del estudio, con un rango promedio de $14,75 \pm 5,44$ frente a $16,58 \pm 5,79$ al final del estudio, sin significación estadística ($Z=0.623$; $p > 0,05$).

En el Grupo Experimental, entre las medidas recogidas antes y después de la intervención experimental, hubo un descenso de la puntuación indicativo de mejor autopercepción de la salud, presentando respectivamente de $16,58 \pm 6,41$ a $9,41 \pm 3,65$ y una significación de $p < 0,01$ entre ambas medidas ($Z = - 2.580$) según se muestra en la

Tabla 7. Al aplicar el estadístico “U” de Mann-Whitney se observan diferencias estadísticamente significativas entre las medidas Pre y Pós-tratamiento del grupo experimental (**Tabla 8**).

Tabla 7– Variable Autopercepción del Estado de Salud General de las Mujeres Cuidadoras del Grupo Control y Grupo Experimental (Prueba de Wilcoxon)

GRUPOS	Resultados	Autopercepción del Estado de Salud General	
		Pré-tratamiento	Postratamiento
Control	Media	14,00	15.66
	Desv. Típica	5,11	3.84
		Z= -.1.158 p= 0,247	
Experimental	Media	16,58	9,41
	Desv. Típica	6,41	3,65
		Z= - 2.580 p= 0,01	

Tabla 8- Variable Autopercepción del Estado de Salud General de las Mujeres Cuidadoras del Grupo Control y Grupo Experimental (Prueba de Mann-Whitney)

Variables	Grupos	N	Rango promedio	U	p
Salud General Pre-Tratamiento	Control	12	10.58	49.000	0.183
	Experimental	12	14.42		
Salud General Pos-Tratamiento	Control	12	17.17	16.000	0.001
	Experimental	12	7.83		

Al aplicar el test de comparación de medias para medidas independientes, se observó una disminución de las puntuaciones medias en el Grupo Experimental en todas las cuestiones referentes al Cuestionario de Salud General de Goldenberg (**Tabla 9**).

Tabla 9- Variable Autopercepción del Estado de Salud General de las Mujeres Cuidadoras del Grupo Control y Grupo Experimental (Cuestionario de Salud General de Goldenberg- QSG)

Variables	Grupos	N	Rango promedio
1. Concentración en lo que hace	Control Experimental	12 12	13.50 11.50
2. Sus preocupaciones le hacen perder mucho sueño?	Control Experimental	12 12	15.00 10.00
3. Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Control Experimental	12 12	13.50 11.50
4. Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Control Experimental	12 12	14.00 11.00
5. Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	Control Experimental	12 12	12.50 12.50
6. Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	Control Experimental	12 12	13.50 11.50
7. Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	Control Experimental	12 12	13.00 12.00
8. Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?	Control Experimental	12 12	14.50 10.50
9. Se ha sentido poco feliz y deprimido?	Control Experimental	12 12	13.50 11.50
10. Ha perdido la confianza en si mismo?	Control Experimental	12 12	13.50 11.50
11. Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	Control Experimental	12 12	13.00 12.00
12. Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Control Experimental	12 12	14.00 11.00

Aún en la variable **Autopercepción del Estado de Salud General** de las mujeres cuidadoras, al aplicarse la prueba de relación Rho de Spearman al final del estudio en el grupo experimental, se observó una fuerte y significativa correlación entre las preguntas del Cuestionario de Salud General de Goldenberg “*Sus preocupaciones le han perder mucho sueño*” y “*Ha perdido la confianza en si mismo?*” ($r = 0.755$; $p < 0,01$) así como entre las preguntas: “*Concentración en lo que hace*” y “*Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?*”; “*Concentración en lo que hace*” y “*Ha perdido la confianza en si mismo?*”; “*Concentración en lo que hace*” y “*Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias*”; ($r=0.674$; $p < 0,05$), según se muestra en la **Tabla 10**.

Tabla 10- Variable Autopercepción del Estado de Salud General de las Mujeres Cuidadoras en el Grupo Experimental

Percepción del Estado de Salud General- Grupo Experimental	N	Rho de Spearman	Significación (p)
1. Concentración en lo que hace 7. Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día ?	12	0.674*	P<0.05
1. Concentración en lo que hace 10. Ha perdido la confianza en si mismo?	12	0.674*	P<0.05
2. Sus preocupaciones le hacen perder mucho sueño? 10. Ha perdido la confianza en si mismo?	12	0.775**	P<0.01
1. Concentración en lo que hace 12. Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	12	0.674*	P<0.05
9. Se ha sentido poco feliz y deprimido? 7. Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	12	0.632*	P<0.05
10. Ha perdido la confianza en si mismo? 9. Se ha sentido poco feliz y deprimido?	12	0.632*	P<0.05

En el Grupo Control al final del estudio, al aplicarse la prueba de relación Rho de Spearman se observa en la variable **Autopercepción del estado de salud general** de las mujeres cuidadoras, una fuerte correlación entre las siguientes

preguntas del Cuestionario de Salud General de Goldenberg : “Concentración en lo que hace” y “Se ha sentido capaz de tomar decisiones?”; “Sus preocupaciones le hacen perder mucho sueño?”; “Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?” y “Ha sentido que está jugando un papel util en la vida?” y “Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?”; “Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?” y “Sus preocupaciones le han perder mucho sueño?”; “Se ha sentido poco feliz y deprimido?” y “Se ha sentido capaz de tomar decisiones?”; “.Sus preocupaciones le hacen perder mucho sueño?” y “Ha perdido la confianza en si mismo?”, con una $p < 0,05$, según la Tabla 11;

Tabla 11- Variable Autopercepción del Estado de Salud General de las Mujeres Cuidadoras Informales

Percepción Del Estado de Salud General- Grupo Control	N	Rho de Spearman	Significación (p)
1. Concentración en lo que hace 4. Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	12	0.556*	P<0.05
1. Sus preocupaciones le han perder mucho sueño? 5. Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	12	0.598*	P<0.05
2. Ha sentido que está jugando un papel util en la vida? 3. Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	12	0.529*	P<0.05
8. Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas? 2. Sus preocupaciones le hacen perder mucho sueño?	12	0.500*	P<0.05
9. Se ha sentido poco feliz y deprimido? 4. Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	12	0.577*	P<0.05
4. Sus preocupaciones le han perder mucho sueño? 10. Ha perdido la confianza en si mismo?	12	0.500*	P<0.05
3. Sus preocupaciones le hacen perder mucho sueño? 10. Ha perdido la confianza en si mismo?	12	0.632*	P<0.05

2.2. Sobrecarga de los cuidadores, que ha sido valorada a través de la Escala de Sobrecarga de Cuidadores de Zarit, según la cuál, a mayor puntuación, mayor sobrecarga. Se observaron los siguientes datos: un aumento de la media en el

grupo control, de $41,33 \pm 16,72$ al comienzo del estudio a $42,91 \pm 9,40$ al final del mismo con una significación de $p > 0,05$ entre ambas medidas ($Z = -1,281$; $p > 0,05$). En el grupo experimental se observó un valor promedio de $50,0 \pm 17,27$ en las Medidas Pré-tratamiento frente a las medidas Pós-tratamiento con un valor promedio de $36,2 \pm 5,94$ y una significación estadística de $p < 0,004$ entre ambas medidas ($Z = -2,903$). Estos resultados indican una mejoría en la manera de afrontar la sobrecarga percibida, tras la aplicación del programa de ejercicios orientados y adecuados para este colectivo (**Tabla 12**). Al aplicarse el estadístico “U” de Mann-Whitney no se observó significación estadística entre las medidas Pre y Pós-tratamiento del grupo experimental (**Tabla 13**).

Tabla 12 – Variable Sobrecarga de las Mujeres Cuidadoras Informales en el Grupo Control y Experimental (Prueba de Wilcoxon)

GRUPOS	RESULTADOS	SOBRECARGA DE LAS CUIDADORAS	
		Pre-tratamiento	Pos-tratamiento
Control	Media/Desv. Típ.	$41,33 \pm 16,72$	$42,91 \pm 9,40$
		$Z = -1,281$	
		$P = 0,20$	
Experimental	Media/Desv. Típ.	$50,00 \pm 17,27$	$36,25 \pm 15,94$
		$Z = -2,903$	
		$P = 0,004$	

Tabla 13 - Variable Sobrecarga de las Mujeres Cuidadoras Informales en el Grupo Control y Grupo Experimental (Prueba de Mann- Whitney)

Variables Grupos		n	Rango promedio	U	p
Sobrecarga					
Pré-Tratamiento	Control	12	10.63	49.500	0.194
	Experimental	12	14.38		
Sobrecarga					
Pós-Tratamiento	Control	12	14.63	46.500	0.141
	Experimental	12	10.38		

En la Tabla 14, se muestran las diferencias observadas en la sobrecarga del grupo control al comenzar y al terminar el estudio, aunque no significativas. La sobrecarga (Escala de Zarit) se clasifica según las puntuaciones: 1) de 22-46, Ausencia de Sobrecarga, n=08 Antes y n=08 Después; 2) de 47-55, Sobrecarga Leve, n=02 Antes y n=03 Después y 3) de 56-11, Sobrecarga Intensa, con n=02 Antes y n=01 Después.

Al compararse los datos obtenidos a través de la clasificación de Zarit presentada por el grupo experimental Antes y Después de la intervención se obtuvieron los siguientes resultados: 1) de 22-46, Ausencia de Sobrecarga, n=04 Antes y n=08 Después; 2) de 47-55, Sobrecarga Leve, n=03 Antes y n=02 Después y de 56-110, Sobrecarga Intensa, con un n=05 y n=02 Después (**Tabla 14**).

Tabla 14: Variable Sobrecarga de las Mujeres Cuidadoras, al principio y al final del estudio en el Grupo Control y Antes y Después de la intervención en el Grupo Experimental (Clasificación de Zarit)

Grupos	No Sobrecarga (De 22-46 puntos)		Sobrecarga leve (De 47-55 puntos)		Sobrecarga intensa (De 56- 110 puntos)		Total Sujetos	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Control	08	08	02	03	02	01	12	12
Experimental	04	08	03	02	05	02	12	12

El punto de corte establecido en la bibliografía es de 46-47 puntos; por encima de este valor se considera sobrecarga y por debajo, sin sobrecarga. Si consideramos la sobrecarga como variable dicotómica observamos que no hubo alteraciones en las medidas pré-tratamiento en el grupo control y que en el Grupo Experimental hubo un descenso del número de sujetos que presentaron sobrecarga después del tratamiento, según se muestra en la **Tabla 15**.

Tabla 15: Variable dicotómica Sobrecarga de las Mujeres Cuidadoras Informales, al principio y al final del estudio en el Grupo Control y antes y después de la intervención en el Grupo Experimental

Grupos		Pre-tratamiento		Sub Total	Post-Tratamiento		Sub Total
		De 22 – 46 puntos	De 47 – 110 puntos		De 22 – 46 puntos	De 47 – 110 puntos	
	Control	08	04	12	08	04	12
	Experimental	04	08	12	08	04	12
Total		12	12	24	16	08	24

DISCUSIÓN

IV. DISCUSIÓN

Se entiende entonces, por cuidador informal a la persona, familiar o no, que proporciona la mayor parte de los cuidados y apoyo diario a quien padece una enfermedad o requiere ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin percibir remuneración económica por ello (ESCUADERO, 2001).

Para alcanzar el primero y el segundo objetivos propuestos en este trabajo, se ha realizado inicialmente un estudio transversal, con el fin de identificar el perfil de las Mujeres Cuidadoras Informales y de las Personas Mayores Dependientes de sus cuidados para con ello atender al tercero objetivo, que ha consistido en conocer los niveles de sobrecarga física y emocional debido a los cuidados prestados, además del estado de salud general autopercebida por parte de las cuidadoras, tras la aplicación del programa de intervención (programa de ejercicios físicos adaptado y orientado).

Con el fin de obtener mayor objetividad en este apartado, se presentará en principio la discusión de los **Resultados** obtenidos en cada una de las variables estudiadas, siguiendo el mismo orden de secuencia de los datos establecido en el apartado **Metodología**, con las posibles implicaciones y aportaciones a la vista de los resultados del estudio. En segundo lugar, se presentará la **Discusión Metodológica**, respecto a los instrumentos elegidos en este estudio y el diseño del programa de intervención, constituido por una serie de ejercicios físicos, adaptados y orientados para las Mujeres Cuidadoras Informales del estudio.

1. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En este apartado, se presenta la Discusión de los Resultados obtenidos en la **Fase 1** y en la **Fase 2** del estudio.

► EN LA FASE 1

1.1. Respecto a las Variables Sociodemográficas y Funcionalidad de las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados

1.1.1. Tipo de enfermedad y funcionalidad

La mayoría de las personas mayores cuidadas en nuestro estudio, presentaron enfermedades como Demencia Senil y Alzheimer, representando así un 70,9 % de personas mayores consideradas dependientes. **DUEÑAS (2001)** Y **LÓPEZ & cols (2005)**, en sus investigaciones, han identificado que los cuidadores enfrentan una gran carga emocional y física y no han recibido ninguna información ni preparación respecto del como cuidar a sus familiares ancianos y/o con Alzheimer. Decididamente, una pesada labor, que indudablemente se intensifica aún más toda vez que algún miembro sufre alguna enfermedad invalidante, que lo hace dependiente de otro y que requiere permanentes y más especializados cuidados de salud.

El estudio de la dependencia es de gran interés y de máxima actualidad. Se trata de un fenómeno de creciente visibilidad en la sociedad española, debido al fuerte envejecimiento demográfico que está experimentando y debido también a que sus implicaciones han rebasado el ámbito familiar, al que tradicionalmente se veía confinada. El impacto potencial de esta eventualidad sobre los programas sociales y

sanitarios de atención y los altos costes derivados de una situación de dependencia, tanto para los individuos como para sus familias y para la sociedad en su conjunto, explican la creciente atención prestada al tema (**PUGAS, 2005**).

Personas mayores, discapacitados y enfermos crónicos constituyen los principales beneficiarios de los cuidados de salud prestados por la familia (**GARCÍA, 1999**). Principalmente a las personas mayores que padecen de la enfermedad de Alzheimer, ya que es una enfermedad degenerativa, progresiva, altamente invalidante, en donde el paciente se hace cada vez más dependiente del cuidado de sus familiares, recurriendo a la figura de la cuidadora principal para ello. Según **BURNS & RABINS (2000), ABAD & COLS (2002) Y PINQUART & SÖRENSEN (2003)**, el proceso de cuidar a un anciano con demencia en su domicilio es complejo, genera un estrés crónico y afecta en mayor o menor medida a la salud física y mental de los cuidadores.

Diversas investigaciones realizadas en España durante la década de los noventa confirmaron consistentemente que la familia es la principal proveedora de cuidados de salud. Del total de cuidados que reciben las personas mayores, el 80-88% los recibe exclusivamente de la familia, mientras que los servicios formales proveen un 3%. En el caso de las personas con otros tipos de dependencia, las cifras van desde un 50% en el caso de las deficiencias psíquicas o un 70% en la discapacidad física hasta un 83% en el caso de los enfermos no graves (**WHO, 1998; DURAN, 1999; GARCIA-CALVENTE & cols, 1999**).

La experiencia de cuidar no es siempre igual, sino que varía con el tiempo, influida por características tanto de la persona cuidada (por ejemplo, en las demencias, las personas que las padecen sufren cambios que afectan a la situación de cuidado de diferentes maneras) como de la persona que cuida (cambios laborales, vitales, etc). La cantidad y el tipo de ayuda variarán también dependiendo del grado de dependencia que presente la persona mayor, lo que suele tener influencias en la salud y por su vez en la calidad de vida del cuidador. De esta manera, el papel de cuidadora y las condiciones en las que se desarrolla este papel son entendidos como potenciales “*factores de riesgo*” para la salud de las personas que cuidan (**ARTAL & cols, 2000**).

Respecto a la funcionalidad de los ancianos cuidados, en un estudio realizado por **PEÑAILILLO & cols (2004)**, el nivel de dependencia funcional, medido con la Escala de Katz, evidenció un 19,7% de dependencia. Según **PUGAS (2005)**, en el cuidado a la dependencia, la familia ya se encuentra al máximo de su capacidad de cuidados.

1.2. Respecto a las Variables Sociodemográficas de las Mujeres Cuidadoras Informales

1.2.1. Variable edad

El perfil de los cuidadores encontrado en este estudio se puede tipificar como sigue: el 100% son mujeres; el 94% familiares que viven con el anciano; el 90% de ellas son mayores de 40 años, destacándose un 5% de cuidadoras mayores de 80 años; la mayoría no realiza trabajos remunerados fuera del hogar. Estos resultados son muy semejantes a lo descrito en la literatura revisada donde se destaca que el 86.5% de los cuidados que necesitan las personas dependientes son prestados por el apoyo informal. En este estudio, el rango de edad de las cuidadoras es de 42 a 52 años en el grupo control y de 50 a 73 años en el grupo experimental, con una media de 54 y 59 años respectivamente. La edad que prevaleció en las cuidadoras estudiadas, corresponde con otros estudios revisados (**ROMERA, 2002; MUÑOS, 1998**). . Estas edades están enmarcadas en un período vulnerable, pues es la edad de prejubilación y jubilación, que muchas tuvieron que adelantar por la condición de su paciente y la alta demanda de cuidados de estos, a lo que se suma el hecho de que las hijas envejecen, por lo que la situación se hace aún más crítica; muchas estarán atendiendo a sus esposos y ayudando a sus hijos y nietos. En nuestro estudio, casi un 100% de ellas y se destaca que los hijos(a) son los cuidadores principales, seguidos por las nueras.

1.2.2. Variable actividad laboral

La mayor parte de las cuidadoras en el grupo experimental no tienen **actividad laboral** (amas de casa, jubiladas, cesantes) y en el grupo control, la mitad trabaja. Según **SANCHO (2001)**, la intensidad de la ayuda prestada, se produce a diario en más de la mitad de los casos. En otro estudio familiar español, se destaca que el 85% de los cuidadores principales son mujeres y que el 28% de ellas son mayores de 65 años y el orden de los familiares que prestan cuidados es, en primer lugar el o la cónyuge, en segundo lugar las hijas y en tercer lugar nueras (**DUEÑAS, 2001**).

Con respecto a que la mayoría de los cuidadores, no tienen vínculo laboral; lo que pudiéramos explicar por varias razones. En primer lugar la edad de los cuidadores (prejubilación y jubilación), pero en segundo lugar la alta demanda de ser cuidador parece interferir con participar en la actividad laboral. En un estudio revisado por **PRINCE (2000)**, un 9% de los cuidadores había dejado de trabajar y un 20% había alterado su esquema de trabajo.

1.2.3. Variable nivel de estudios

Respecto al **nivel de estudios**, en el grupo control la mayoría de las cuidadoras presentaron Estudios Primarios, mientras que en el grupo experimental ha sido la mayoría el Bachiller Superior seguido de Estudios Primarios. En estudio realizado por **JOFRÉ Y MENDOZA (2005)**, el cuidado informal lo realizan mujeres entre 41 y 64 años, con educación básica incompleta. En estudio realizado por **PEÑAILILLO & cols (2004)**, los resultados evidenciaron que un 59% eran mujeres, el 64% tenía 70 o más años y el 79% sabía leer y escribir.

1.2.4. Variable relación familiar (La Mujer cuidadora en el contexto familiar)

El entorno familiar es responsable directo de la implicación en los cuidados hija-madre. Se detectó un adecuado desarrollo de las capacidades en el arte de cuidar por el familiar-hija. Se dan repercusiones físicas, psíquicas y mínima interacción social de la cuidadora. Se observa capacidad de resolución de la cuidadora ante las situaciones imprevistas **(CHAVES PEREZ & cols, 2005)**.

Los estudios sobre los cuidados de personas mayores con algún grado de dependencia muestran que son generalmente los miembros de la familia más cercana quienes con mayor frecuencia prestan su apoyo y proveen cuidados a largo plazo **(CALDAS, 2003)**.

El primer resultado con el que nos encontramos en nuestro trabajo es que el 79% de las cuidadoras experimentan una sobrecarga intensa. Estas dos variables se han relacionado con un incremento de la sobrecarga. La experiencia de cuidar a un familiar por ejemplo con demencia, supone mayor estrés que cuidar a un anciano con patología física **(BADIA, 2004)**. Así, en un estudio de 1.500 cuidadores familiares del 1996 National Caregiver Survey, se encontró que los cuidadores de pacientes con demencia invertían más horas por semana en el cuidado y sufrían un mayor impacto en el ámbito laboral, tensión personal, pérdida de tiempo de ocio, conflictos familiares y problemas de salud tanto físicos como mentales **(ORY & COLS, 1999; PINQUART & SÖRENSEN (2003); VITALIANO, ZHANG & SCANLAN, 2003)**.

La mujer sigue siendo la destinada al rol de cuidar al enfermo. El que las mujeres sean las que desempeñen el papel principal en el cuidado de sus familiares enfermos, es prácticamente universal y es un reflejo de la enorme carga que se añade al tradicional rol de ama de casa. Similares resultados se obtuvieron en el EURO CARE **(PRINCE, 2000; SANDRINO, 2000)**. Un estudio que incluyó 14 países europeos en el que las mujeres aunque en un porcentaje inferior, constituyeron el 71 % de los cuidadores lo cual se corresponde con otros estudios realizados en nuestro país, donde

el 79,8 % de los cuidadores analizados fueron mujeres (**JOHN & BARRETT, 1996**). En un estudio chileno, por ejemplo, se informó que entre el 75 y 84% de los cuidadores de ancianos son mujeres, el 83 al 94% son familiares que viven con ancianos, el 90% mayor de 40 años, destacándose un 6% mayores de 80 años (**ZAVALA & COLS, 2002**).

Con similitudes en la literatura internacional revisada, se refiere que las mujeres son las que actúan como proveedoras de cuidados en la familia (**GONZÁLEZ & DAMIÁN, 1997; ROMERA, 2002**).

1.2.5.Variable tiempo y horas diarias dedicadas a los cuidados

El promedio de **horas diarias dedicadas al cuidado** es elevado, como se comprende en las personas con demencia se produce un deterioro paulatino y creciente de sus capacidades tanto psíquicas como físicas necesitando de ayuda para realizar su actividad diaria, necesidad que es suplida por el cuidador (**GARRIDO & MENEZES, 2004**).

Respecto la **cantidad de horas al día que lleva cuidando**, se observó en ambos grupos de nuestro estudio, un predominio de 13 a 24 horas. Respecto **al tiempo dedicado a los cuidados**, en el grupo control, predomina el período de 1 a 9 años, frente al periodo de 1 a 7 años en el grupo experimental. En opinión de **MOORE & COLS (2001) y ANDERSON & COLS (2002)**, el tiempo es una variable fundamental cuando se evalúan los costes económicos del cuidado informal en la sociedad. Estos costes suelen calcularse teniendo en cuenta el valor del tiempo dedicado por las cuidadoras a su tarea (su equivalente en el mercado), la pérdida de ingresos de la cuidadora, los gastos derivados de cuidar y, en ocasiones, el exceso de coste en salud de la cuidadora. En una reciente publicación sobre el coste del cuidado en pacientes mayores con afección psiquiátrica atendidos en la comunidad, se calculó un coste mensual equivalente a 1.648 dólares, que aumentaba cuando el cuidador padecía mayor nivel de sobrecarga. En cuanto a los periodos de descanso consideran que el cuidador ha de intentar realizar

actividades sociales y laborales, aunque sean mínimas, debiendo tener unos ratos de asueto para salir del ambiente de tensión y angustia que provoca esta enfermedad y recuperar así nuevas fuerzas para afrontar su misión.

La mayoría de la carga del cuidado recae sobre los cuidadores familiares, quienes deben dedicar entre 60 y 100 horas a la semana a la atención a su familiar. Por este motivo, se estiman importantes costes por pérdida de productividad, especialmente en fases iniciales de la enfermedad. A estos costes hay que añadir el aumento de los costes asociados al cuidado de la propia salud de los cuidadores, asociado al aumento del estrés, la depresión, el abuso de sustancias y el padecimiento, asociado al cuidado, de enfermedades físicas (**BURNS & RABINS, 2000; BADIA & cols, 2004**).

A continuación se presenta la **Discusión de los Resultados** referidos a las Variables Biopsicosociales de las Mujeres Cuidadoras Informales, como son la **autopercepción del estado de salud** y los niveles de **sobrecarga física y emocional** proveniente de los cuidados en la Fase 2.

► EN LA FASE 2

2. Variables Biopsicosociales referidas a las Mujeres Cuidadoras Informales

2.1. Variables de Autopercepción del Estado de Salud de las Mujeres Cuidadoras Informales

En nuestro estudio, al valorar la variable **autopercepción del estado de salud**, cuyos datos fueron recogidos a través del Cuestionario de Salud General de Goldenberg, se observó en el grupo control un aumento entre las medidas obtenidas al comienzo y al final del estudio, aunque sin significación estadística. Ya en el grupo experimental, entre las medidas recogidas antes y después de la intervención

experimental, hubo un descenso de dichas medidas, o sea, han experimentado una mejor percepción de su estado de salud, en comparación con el grupo control.

Según **SÁNCHEZ BAÑUELOS (1996)**, en el concepto de salud integral, se entiende la salud psicológica o mental como el estado psicológico de bienestar percibido y algunos parámetros de esta relación pueden ser: 1) General- sensación subjetiva de bienestar general/ satisfacción con la vida; 2) Específicos- estados de ánimo, niveles de ansiedad, autoestima y socialización.

Desde este punto de vista **DREVILLON (1999) & DEVÍS (2000)**, la definición de la salud mental en un sentido positivo, debe retomar la concepción integral o multidimensional de la salud como un proceso complejo y dinámico, ligada a factores biopsicosociales, económicos y culturales.

Algunos autores relacionan la práctica sistemática del ejercicio físico con una sensación acentuada de control sobre sí mismo y de las funciones corporales, lo que genera una mejor percepción del estado general de bienestar. Así mismo la motivación debe incluirse como un elemento básico para comprobar el efecto del ejercicio físico en la salud psicológica del individuo, definido por el tipo de satisfacción logrado como condición física, competencia, o sensación de bienestar (**SÁNCHEZ BAÑUELOS, 1996**).

A pesar de todas estas evidencias la actividad física es una práctica poco arraigada en la población, que cada vez se está haciendo más sedentaria. En los últimos tiempos se viene prestando atención a otros posibles determinantes de la realización de actividad física, como salud percibida y existencia de un estilo de vida general saludable (**PERULA DE TORRES & COLS, 1998; MULLINEAUX COLS, 2001; ELIZONDO-ARMENDÁRIZ & COLS, 2005**),

En afirmaciones hechas por **ROCA (2001) & AROSTEGUI (1998)**, el aspecto objetivo de la calidad de vida significa la utilización del potencial intelectual emocional y creador del hombre dependiendo de cada individuo, de las condiciones sociales y las circunstancias externas que le permitan un pleno desenvolvimiento y desarrollo de sus capacidades en la vida a cualquier edad. Y el aspecto subjetivo viene

de la mayor satisfacción de los individuos y por la percepción que se tenga de las condiciones globales de vida, traduciéndolos en sentimientos positivos o negativos.

Según **ASÓN VIVANCO (2001)**, la salud mental implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armónicas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social y de contribuir con ello de modo constructivo. La salud cada día se hace más integral, y tiene dentro de sus conceptos importantes el de bienestar biopsicosocial. Hoy se hace énfasis en los factores psicológicos y sociales del proceso salud-enfermedad, dado el papel tan relevante que juega el hombre en interacción con su medio

Mereció especial atención, para este estudio, la perspectiva referida al impacto que tiene el cuidar sobre la salud de la mujer cuidadora. Según **RABANAQUE (2002)** Y **SADIK & WILCOCK (2003)**, además, desprovistas de apoyo y asesoramiento para la realización de cuidados complejos, se lesionan o ponen en riesgo su cuerpo y comienzan a tener síntomas vagos, poco precisos como cansancio, fatiga, dolores de cabeza, de espalda, de articulaciones, tristeza, ausencia de la vida cotidiana de la familia, baja autoestima, insomnio y depresiones, que las llevan a automedicarse con analgésicos, antiácidos, tranquilizantes o antidepresivos.

2.2. Variables de Sobrecarga

En nuestro estudio, se observó en la valoración de la sobrecarga de las cuidadoras, un aumento de la puntuación media en el grupo control entre el comienzo del estudio, y el final del mismo. En el grupo experimental se observó una disminución entre las medidas pré y pós-tratamiento, lo que significa que ha mejorado la manera de afrontar la sobrecarga percibida, tras la realización del programa de ejercicios orientados y adecuados para este colectivo.

Según **GARCÍA-CALVENTE & cols (2000)**, el trabajo de cuidar y las condiciones en las que se desarrolla este trabajo afectan a la vida de la cuidadora principal por diferentes razones. Cuidar puede ser entendido como un trabajo, una actividad que consiste en la ejecución de una serie de tareas y que acarrea determinados costes. Sin embargo, esta forma de entender el cuidado ha sido cuestionada: si cuidar es un trabajo, este trabajo es tanto físico como emocional. Implica tareas, pero también relaciones y sentimientos, esto es, tiene una dimensión relacional.

Para **VAN EWIJK & COLS (2003)** tiene también una dimensión ética y política, ya que cuidar trasciende a un contexto social y físico más amplio que el puramente interpersonal. La identificación del cuidado con dependencia también ha sido criticada: el cuidado se devalúa si se asocia a un estado indeseable de insuficiencia y, además, se basa en una concepción dual (cuidador-receptor), cuando el cuidado es más bien una relación de interdependencia). Ya **VERA (2001) Y CALDAS (2003)** hacen referencia a las dificultades en la relación de pareja, por la absorbencia personal que hace de ella la persona enferma, que llega a tiranizar a aquella de la que depende.

En estudios realizados por **GALLATN & CONNELL (2003) Y LÓPEZ & COLS (2005)**, se examina el papel de los hábitos saludables (consumo de alcohol, actividad física, hábitos de sueño, tabaco y alimentación) en la relación entre el neuroticismo (variable de personalidad) y la sintomatología depresiva en cuidadores. A través de un Path análisis, se encuentra que el neuroticismo, además de una relación significativa directa con la sintomatología depresiva, afecta también a la salud mental de los cuidadores de forma indirecta a través de su influencia sobre los hábitos saludables (especialmente sobre la actividad física).

En la actualidad se denomina **cuidador informal** o **principal** a aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (**ABAD & COLS, 2002; NERI & SOMMERHALDER, 2002**); por lo tanto, ser cuidador/a es un hecho inseparable de la mayoría de las enfermedades crónicas discapacitantes en algún momento de su evolución y que compromete tanto a las personas cuidadas como a los cuidadores (**SÁNCHEZ, 2001**).

Según **GARCÍA (2002)**, el llamado “*cuidado informal*” se define como “*un sistema informal de prestación de cuidados no remunerado a personas dependientes, por parte de familiares amigos u otras personas y constituye un verdadero sistema oculto de cuidados*”. Estudios españoles han determinado que sólo un 12% del tiempo que se dedica a atender una enfermedad de algún miembro del hogar es suministrado por los servicios sanitarios, mientras que el 88% restante lo prestan las redes sociales de apoyo, fundamentalmente la familia más cercana, constituyendo en la actualidad una verdadera ventaja el que personas dependientes en el cuidado de su salud permanezcan en sus propios hogares, pues la solución a sus necesidades está en manos de la comunidad y no del sistema formal de salud.

Los niveles de sobrecarga subjetiva se relacionan con el tipo concreto de tareas que se presta, más que con la cantidad de horas dedicadas o el número total de tareas que se realizan. Las tareas que suponen mayor sobrecarga son las poco flexibles en el tiempo y que interfieren en gran medida con otras obligaciones de la cuidadora, las que exigen una respuesta inmediata y aparecen de manera inesperada y las que requieren disponibilidad permanentemente para cuidar. Son precisamente estos cuidados los que asumen las mujeres con mayor frecuencia (**GARCIA-CALVENTE & cols, 1999**).

El concepto de «sobrecarga» del cuidador informal, que hace referencia de forma general a los efectos de los cuidados sobre los familiares. En un estudio realizado por **ARTASO & cols (2003)** los autores distinguen entre carga «objetiva» o cambios comportamentales y de autonomía del paciente, con los problemas prácticos que llevan consigo, y la carga «subjetiva» o reacción emocional del cuidador. También las características de la persona cuidadora se han analizado para explicar los niveles diferenciales de sobrecarga. En relación con la sobrecarga subjetiva, son características relevantes el género, la edad y el estilo personal de afrontamiento. Además, diferentes estudios muestran que las mujeres cuidadoras presentan casi 2 veces más sobrecarga que los hombres cuidadores (**NAVAIE-WALISER, 2002; CHAPPELL & REID, 2002**).

Como característica esencial que está en la base de la misma definición “*lo informal*”, hay que resaltar su carácter de actividad no remunerada. Esta situación ha llevado a propugnar los cuidados comunitarios como alternativas para los enfermos dependientes, argumentando su menor coste y la conveniencia de mantener al anciano en su entorno habitual. No obstante, esta política asistencial no está exenta de complicaciones, las familias en el cuidado de sus ancianos enfermos, acarreado de esta forma gran parte de la carga asistencial (**IRIGOYEN & cols, 2001**).

Según **SARDIÑAS & cols (1999)**, hay perspectivas un poco pesimistas en cuanto a los cuidados informales. Un análisis del escenario futuro (hacia el 2025), sugiere que las familias se habrán reducido y las mujeres que estarán a pleno empleo, tendrán pocas oportunidades de seguir siendo cuidadoras habituales de las personas dependientes. Frecuentemente, en el inicio del cuidado, la persona que cuida aún no es plenamente consciente de que es el miembro de la familia sobre el que va a recaer la mayor parte del esfuerzo y responsabilidades del cuidado y tampoco de que probablemente se encuentra en una situación que puede mantenerse durante muchos años y que, posiblemente, implique un progresivo aumento de dedicación en tiempo y energía. Poco a poco, sin apenas darse cuenta de ello, la persona va integrando su nuevo papel de cuidador/a en su vida diaria. La experiencia de cuidado varía mucho en función del parentesco que una al cuidador con la persona cuidada; del grado de la dependencia; del tiempo que va a desarrollar los cuidados; de la enfermedad que se está cuidando.

Se plantean importantes demandas de cuidados en el ámbito doméstico, en la enfermedad crónica, según un estudio de **ROGER & cols (2000)**, para identificar el tipo de cuidados que prestan los cuidadores informales de personas dependientes y las principales repercusiones que ocasionan el hecho de cuidar. **CARRATALÁ & cols (2006)**, observaron que existe una correlación moderada entre el nivel de dependencia de las personas cuidadas en la salud y calidad de vida de los cuidadores. Las necesidades que aparecen más alteradas en los cuidadores son el sueño y descanso, desarrollo personal (economía, trabajo, distribución del tiempo y vida familiar), prácticas preventivas en su salud y recreación.

Para **GONZALO (2001)**, las mujeres son discriminadas por cuestión de sexo en todos los países del mundo, según la conclusión del último estudio publicado por el Programa de la ONU para el Desarrollo (PNUD). Aunque la discriminación va reduciéndose en algunos países gracias a los textos constitucionales y a las leyes que protegen y garantizan los derechos de las mujeres, en los países más pobres la igualdad de la mujer, sobre todo en cuanto al acceso a la educación o al trabajo, sigue siendo una quimera tornándose la mujer la cuidadora principal, dentro del contexto del cuidado informal.

De esta forma, hasta ahora la dependencia no ha sido un problema de la sociedad sino un problema de las familias. Este sistema familiarista de bienestar característico de las sociedades europeas ha sustentado el envejecimiento de la población española, complementando e incluso sustituyendo en gran medida a los poderes públicos, pero este modelo no es sostenible. La familia seguirá siendo la unidad de referencia incluso cuando los cuidados provengan del exterior, y será un elemento de extraordinario valor como instrumento vehicular entre la atención y la persona dependiente (**PUGAS, 2005**).

En la opinión de **NERI & SOMMERHALDER (2002) Y CARRATALÁ & cols (2006)**, los cuidadores familiares son la unidad de apoyo más importante que tienen muchos pacientes, además de ser elementos sanitarios de gran valor para las instituciones de salud. Los cuidados familiares (informales) son una labor muy dura que ocasiona muchos cambios y trastornos en la vida de los cuidadores, en muchos casos se sienten desbordados por sus problemas (agotamiento, cansancio, falta de apoyo social y familiar) necesitando programas que desarrollen hábitos de vida, que combinen el cuidado al familiar enfermo con el propio autocuidado y mejoría de la calidad de vida.

Cuidar de una persona mayor dependiente es una situación que muchas personas a lo largo de sus vidas acaban experimentando, implicando en muchas y variadas actividades de prestación de ayuda. Generalmente, la familia es la que asume la mayor parte de los cuidados de estas personas, o sea, en torno al 72 % de la ayuda. En cada familia, suele haber un cuidador principal, que responde a las circunstancias de

la misma. **RODRÍGUES & cols (2000)**, observaron que gran parte de los cuidados informales, se hallan configurados por una sola persona, la cuidadora principal, sobre quién recae toda la carga de los cuidados, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre los miembros de la misma. Para un importante grupo de cuidadoras, asumir este rol afecta de forma directa a su salud, así como a otras áreas de su vida y, en especial, a sus posibilidades de tener relaciones sociales y de usar el tiempo para sí mismas o para otras actividades diferentes a cuidar.

Durante el extenso tiempo que se prolonga una situación de cuidado, las personas implicadas experimentan cambios en las distintas áreas de su vida. Como destacan **THOMPSON & BRIGGS (2000)**, en un estudio de los problemas desencadenados para los cuidados de las personas con demencia, que incluyen la pérdida eficaz de compañerismo y apoyo de un compañero de vida, aislamiento social, complejo y dificultad financiera. Durante el extenso tiempo que se prolonga una situación de cuidado, las personas implicadas experimentan cambios en las distintas áreas de su vida. Estos cambios transforman los roles y responsabilidades que hasta ese momento no habían tenido los miembros del núcleo familiar afectado, como cambios en el trabajo y en la situación económica (absentismo, aumento de los gastos); cambios en el tiempo libre (disminución del tiempo dedicado al ocio, a la familia, a los amigos); cambios en la salud debido a la fatiga, en el estado de ánimo (sentimientos de tristeza, de irritabilidad, de preocupación, de culpa). Uno de los cambios que los cuidadores manifiestan de forma más clara respecto a su situación, se refiere a las relaciones familiares. En efecto, pueden aparecer conflictos familiares por el desacuerdo entre la persona que cuida y otros familiares en relación con el comportamiento, decisiones y actitudes de uno u otros hacia la persona mayor o por la forma en que se proporcionan los cuidados. A veces el malestar con otros miembros de la familia es debido a los sentimientos del cuidador principal acerca de que el resto de la familia no es capaz de apreciar el esfuerzo que realiza.

Otro cambio típico es la inversión de "papeles", ya que, por ejemplo, la hija se convierte en cuidadora de su madre variando así la dirección en la que se produce el cuidado habitual de padres e hijos. Este cambio de papeles requiere una nueva

mentalidad respecto al tipo de relación que existía anteriormente entre padres e hijo y exige al cuidador, en definitiva, un esfuerzo de adaptación. Especialmente intenso es el cambio en la relación entre quien cuida y la persona cuidada cuando ésta última padece demencia en una fase media o avanzada.

PEÓN SÁNCHEZ (2004) & MUÑOZ & cols (2006), definen el “síndrome del cuidador” para describir el “conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas, psicosomáticas”, e incluso “los problemas laborales, familiares y económicos” que enfrentan las cuidadoras, como si de un síndrome clínico se tratara.

En el estudio sobre cuidadoras de Andalucía, casi la mitad de las 1.000 personas cuidadoras entrevistadas opinaba que cuidar tenía consecuencias negativas en su propia salud en algún grado, y cerca del 15% percibía este impacto con una intensidad muy elevada, proporción que aumentó al 72% cuando se analizó separadamente el grupo de cuidadoras de personas con enfermedades neurodegenerativas (**MATEO & cols, 2000**). El impacto negativo en la esfera psicológica fue mucho más evidente y era percibido intensamente en una proporción de cuidadoras que duplicaba a las que percibían impacto en su salud física. Las cuidadoras mencionaban problemas concretos, como depresión o ansiedad (22%) y decían sentirse irritables y nerviosas (23%), tristes y agotadas (32%). En algunos casos, estos problemas se vivían como un cambio más permanente de personalidad y estado de ánimo, con sentimientos de insatisfacción y pérdida de ilusión por la vida (**GARCÍA-CALVENTE & cols, 2000**).

Los cuidadores tienen una peor salud, visitan más al médico y tardan más en recuperarse de las enfermedades, debido al cansancio físico y la sensación de que su salud ha empeorado desde que cuidan de su familiar. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la edad media de los cuidadores principales es de 52 años y que un 20 % son mayores de 65 años, por tanto, es muy probable que en ellos estén comenzando algunos de los cambios que conlleva el envejecimiento como disminución de la fuerza muscular, cambios en algunas estructuras que permiten el movimiento, teniendo en cuenta, además, que por el hecho de que están sometidos a un esfuerzo físico mayor que cualquier otra persona a esa edad, no es sorprendente que algunos de esos

cambios se aceleren o que aparezcan de manera precoz (**ROCA, 2001; AROSTEGUI, 1998**).

Con el progresivo envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidades, no sólo aumenta el número de personas que necesitan cuidados, sino que además este incremento de la demanda va acompañado de una mayor exigencia en su prestación (**CALVENTE & cols , 2004**).

La principal fuente de provisión de cuidados, tanto en número como en importancia, es la *atención informal*, denominada así por ser una asistencia no profesionalizada (intervienen personas que no reciben remuneración alguna por su trabajo), y engloba el *autocuidado* y el *cuidado informal* (familiares, amigos, vecinos y organizaciones de voluntariado). La *atención formal* incluye *atención* profesional tanto *domiciliaria* como *institucional*, imprescindible para el cuidado de muchos ancianos enfermos, incapacitados o dependientes, y como sistema de apoyo al cuidado informal (**MARTÍN, 2000; CHÁVEZ PEREZ, 2005**).

Otros autores señalan que cuando las mujeres son las únicas responsables de cuidar pueden experimentar sentimientos de culpa por “no cuidar lo suficiente”. Las cuidadoras más jóvenes muestran niveles de sobrecarga más altos que las de más edad, tal vez porque perciben un mayor coste de oportunidad asociado a cuidar, relacionado, por ejemplo, con los conflictos para compatibilizar empleo y cuidados. Finalmente, otra variable clave es el apoyo social a la cuidadora principal, como factor que protege de la percepción de sobrecarga (**BIURRUN & ARTASO, 2003**).

Según **ALONSO BABARRO (2004) Y SILVEIRA (2000)**, generalmente, quienes se convierten en cuidadoras son las **hijas solteras**, la hija favorita, la que tenga menos carga familiar o de trabajo, la hija que vive más cerca, la única mujer entre los hermanos, o el hijo favorito suelen ser las personas sobre las que recae la responsabilidad del cuidado de sus padres. Finalmente, los hijos e hijas de los cuidadores deben atender también a las necesidades de su familia (cónyuge e hijos) así como a sus propias necesidades. Cuando alguna de la parejas tiene algún anciano dependiente en la familia, o sea padre o madre y estos no tienen quien les ayude, los

cuidados generalmente recaen en las propias nueras, tan buenas cuidadoras como los hijos con una relación más habitual. En este caso, aunque la relación ha existido, no ha sido tan prolongada como en el caso de los hijos.

Por otro lado, las experiencias de cuidado varían también en función del tipo de causa que haya determinado la dependencia de la persona mayor. La experiencia de cuidado de una persona que cuida a su madre porque tiene problemas de movilidad debido a un accidente cerebro-vascular (ACV), o a una trombosis es muy diferente a la de otra que cuida a su padre enfermo de Alzheimer. Los cuidados para un individuo con demencia tienen un riesgo significativo y puede tener efectos duraderos en la salud del cuidador, afectando la calidad de vida de miembros de la familia que esté relacionada, necesitando una orientación del médico o sistema de salud. Familiares con una buena administración del médico, partidario en mantener la dignidad del paciente con demencia en todas las fases de la trayectoria de la enfermedad, hará una estrategia racional con base para la educación familiar y orientación en cuanto a los cuidados, contribuyendo en una creciente eficacia y reducción de riesgo y sobrecargas en familiares que proporcionan los cuidados principales (**Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center, Durhan, North Carolin, 2000**).

Para **CANTERA (2000)**, la gran mayoría de las personas mayores viven en la comunidad de forma no institucionalizada. Esto sucede en todo el mundo y también en España, donde se estima que el 95-96% de los mayores de 65 años están en esta situación. Además es deseo mayoritario de los ancianos residir, mientras sea posible, integrados en la comunidad. En general, también se asume que la asistencia prestada en el domicilio es menos costosa, pues se aprovechan los recursos materiales del mismo (espacios, mobiliario, comida, etc.), y por supuesto los siempre caros recursos humanos, los llamados cuidadores informales (familiares, amigos, vecinos), de incalculable importancia en la atención a las personas mayores.

2. DISCUSIÓN METODOLÓGICA

2.1. De los instrumentos utilizados en este estudio

Respecto al cuestionario de Salud General de Goldenberg (GHQ), hemos optado por utilizar el GHQ-12 en nuestro estudio, en virtud de ser un instrumento ya validado en España y por su aplicabilidad en los servicios de atención primaria de salud.

Las investigaciones sobre autopercepción del estado de salud general, de la sobrecarga, y sus implicaciones en la calidad de vida en cuidadores informales de personas mayores dependientes están ampliamente respaldados en numerosos estudios, en virtud de que en el presente siglo más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un problema, una preocupación creciente para la sociedad, debido al coste sanitario de la población anciana, que consume gran parte de los recursos sanitarios de muchas sanidades públicas (**BORGES & cols, 2000**).

Existe una abundante literatura acerca de la aplicación del cuestionario de Salud General de Goldenberg (GHQ) en estudios epidemiológicos, de "screening", con la intención de evaluar salud mental a nivel de población general, así como en ciertos grupos específicos de población tales como los jóvenes estudiantes, los ancianos, las mujeres embarazadas y puérperas, y los familiares y cuidadores de enfermos crónicos. También se ha empleado para evaluar la asociación de la salud mental con algunos elementos psicosociales tales como los problemas psicosociales en la mujer y la familia, la migración, el apoyo social, el status socioeconómico, las condiciones sociopolíticas adversas, y las situaciones sociales y ambientales especiales, además de su aplicación

en otras situaciones del ámbito laboral en su repercusión sobre la salud y el bienestar humanos, para estudiar la repercusión sobre la salud mental y el bienestar, de situaciones estresantes de diversa índole, tales como accidentes, desastres naturales, estrés postraumático vinculado a situaciones de guerra y otras situaciones de estrés relacionadas con la vida militar. Algunos autores lo han utilizado en grupos de pacientes cardiovasculares, endocrinos, cancerosos, neurológicos, reumatológicos, asmáticos, sidosos; así como también en pacientes quirúrgicos, ginecoobstétricos, pacientes con fatiga crónica, con trastornos alimentarios, en alcohólicos y en otras toxicomanías, así como para evaluar la prevalencia de disturbios psicológicos en población hospitalaria.

Existen versiones del GHQ en diferentes idiomas y culturas, con sus correspondientes estudios de validación. En idioma español este cuestionario ha sido ampliamente utilizado en España. La mayoría de los estudios de validación han tomado como criterio externo una entrevista clínica, criterio de expertos o escalas ya validadas, estableciendo la validez, confiabilidad y su estructura factorial. Este estudio permitió también conocer el resultado de una primera aproximación a la evaluación de la salud mental en esta población, así como proponer su utilización a nivel de atención primaria de salud, tomando la versión castellana utilizada por Álvaro Estramina desde el inicio de la presente década (**MUÑOZ & cols, 1979**).

2.1.1 Respecto a la Escala de Sobrecarga de Zarit

Para cumplimentar el objetivo en este estudio, se aplicó a cada cuidador la Escala de Sobrecarga de Zarit y Zarit (**ZARIT & cols, 1990**).

Para la medición de la **sobrecarga** se han desarrollado instrumentos basados en la medida de las necesidades del beneficiario, y también instrumentos inespecíficos que miden dimensiones globales en la cuidadora, como calidad de vida, bienestar general o presencia de ciertos problemas, como ansiedad o depresión. Estudios recientes se centran en analizar la aportación diferencial de cada uno de estos

elementos y su utilidad para explorar las circunstancias relevantes de la vivencia de la situación de cuidados por parte de la cuidadora (**CHAPPELL & REID, 2002**)

Se ha comprobado que las cuidadoras con mayor nivel de sobrecarga, medida mediante este instrumento, muestran peor autopercepción de salud y más probabilidad de tener problemas emocionales; además, manifiestan deseos de transferir su responsabilidad de cuidar a otros en mayor medida que las cuidadoras con menor sobrecarga (**GARCIA-CALVENTE, & cols, 2000**).

La técnica de entrevista puede ser afectada por posibles errores sistemáticos. En el sentido de evitar los posibles sesgos de información provenientes de los sujetos del estudio, así como controlar la intervención del entrevistador para evitar su influencia en las respuestas de los entrevistados, se ha realizado previamente en un grupo de mujeres cuidadoras que no formaron parte del estudio, una prueba piloto.

Así podemos concluir que los instrumentos utilizados en este estudio, fueron útiles, adecuados y viables en la muestra estudiada, a pesar del pequeño número de sujetos en los cuales fueron aplicados, y que los mismos atendieron a los objetivos propuestos.

2.1.2 Respecto al Diseño y Aplicación del Programa de Intervención: Programa de Ejercicio Físico Orientado y Adaptado

Uno de los aspectos más positivos de este estudio radica en el esfuerzo por ofrecer una metodología concreta de trabajo, diseñada, aplicada y evaluada con la intención de contribuir a mejorar de una manera general la calidad de vida, el estado general de salud y mejor afrontamiento de la sobrecarga diaria de las mujeres cuidadoras de personas mayores, a través de la aplicación del programa de ejercicio físico orientado y adaptado.

Según **GIRGINOV (1990)**, la actividad física se ha entendido solamente como "el movimiento del cuerpo". Sin embargo, se debe superar tal idea para

comprender que la Actividad Física es el movimiento humano intencional que como unidad existencial busca el objetivo de desarrollar su naturaleza y potencialidades no sólo físicas, sino psicológicas y sociales en un contexto histórico determinado. . Considera que la práctica de la actividad física, tanto de juego como formativa o agonística, tiene una gran importancia higiénico preventiva para el desarrollo armónico del sujeto principalmente en las personas mayores con el fin de mantener el estado de salud.

La práctica de cualquier deporte conserva siempre un carácter lúdico "y pudiera ser una buena medida preventiva y terapéutica, ya que conlleva aspectos sociales, lúdicos e incluso bioquímicos que favorecen el desarrollo de las potencialidades del individuo" **(CEBALLOS, 2000)**.

En 1994, la Organización Mundial de la Salud reconoció el sedentarismo como un factor de riesgo independiente para el desarrollo de cardiopatía isquémica, estimándose que las personas sedentarias tienen aproximadamente el doble de riesgo de presentar una cardiopatía isquémica, o de morir por esta enfermedad, que las personas que son activas. En este contexto, la promoción de la práctica de actividad física debe ser una pieza importante en la prevención y la promoción de la salud, aunque aún existan controversias respecto de la cantidad, tipo e intensidad de los ejercicios para ser realizados según la población **(ELOSUA, 2005; MARTIN & cols, 2000)**.

Según **SÁNCHEZ BAÑUELOS (1996)**, la forma de explicar esta relación varía, dependiendo del enfoque: algunos lo explican como mecanismo fisiológico, o neurofisiológico en términos de liberación de hormonas y neurotransmisores, que repercuten en el mejoramiento psicológico; o como proceso psicológico, en el que se considera una forma de relajación, diversión, evasión de pensamientos, emociones y conductas desagradables y que incluye sensaciones de autosuficiencia, control y competencia. El ejercicio físico promueve la sensación de bienestar corporal y su consecuente mejoramiento de la autopercepción del cuerpo y la autoestima, al grado de que en el caso de los adultos mayores se perciben más jóvenes, lo cual conlleva un aumento en la capacidad de sentir placer. Aunque la mayoría de los beneficios

psicológicos de la práctica de la Actividad Física y del deporte descritos previamente en los estudios realizados en adultos con resultados semejantes en el incremento de la autoestima, el autoconcepto, la convivencia social, y la disminución de la ansiedad y otros factores psicopatológicos, se consolidan los hábitos de ejercicio, es decir mejora el estilo de vida, y con ello, la calidad de vida. La asociación entre actividad física y salud mental es positiva, en tanto la realización de una actividad física regular y moderada conlleva beneficios psicológicos, entre los que destaca el mejoramiento de la percepción del estado general de bienestar, aplicado a todas las edades, principalmente en los adultos de ambos sexos (hombre y mujeres), aunque con sus diversas particularidades y especificidades. Partiendo de estos elementos básicos de la Salud Mental Positiva, se han encontrado diversos estudios y resultados empíricos que apoyan la relación entre la actividad física y la salud psicológica, aunque se les ha criticado por la falta de consistencia metodológica y por la carencia de estudios longitudinales.

Respecto a la relajación asociada al programa de ejercicios físicos, **MATEOS RODILLA (2003)**, considera un trabajo muy importante a ser desarrollado tanto en los servicios de atención primaria de salud como a través del establecimiento de un plan personal de la relajación ajustado a las necesidades de cada uno individualmente.

CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES

Un primer paso en el proceso de aprender a cuidar mejor de uno mismo es pararse a pensar hasta qué punto puede ser necesario cuidarse más y mejor, de concienciarse y buscar información que pueda aportar ayuda y darse cuenta de que necesitamos cuidar mejor de nosotros mismos, con el fin de mejorar los aspectos físicos y psicosociales como "*cuidadores de sí mismos*".

El presente estudio permite concluir que:

1. De los trabajos, experiencias y literatura revisada se puede concluir que los ancianos requieren una atención especial, debido tanto a la pérdida de sus capacidades físicas, como económicas, de relación y culturales;
2. En este estudio, un 100% de los cuidadores fueron mujeres, en la quinta década de la vida, hijas de los pacientes o nueras, con un nivel de escolaridad superior al primario;
3. Hubo un predominio entre las cuidadoras estudiadas en la dedicación de 13 a 23 horas diarias al cuidado de los enfermos, invirtiendo una gran parte de este tiempo en la supervisión general del paciente;
4. Los ancianos cuidados presentaron predominantemente un nivel de funcionalidad considerado *dependiente* tanto los que fueron cuidados por las Mujeres Cuidadoras Informales del Grupo Control como del Grupo Experimental;

5. Las Mujeres Cuidadoras Informales del Grupo Control presentaron un mayor nivel de sobrecarga en comparación con las Mujeres Cuidadoras Informales del Grupo Experimental que participaron en el programa de actividad física orientada;
6. Hubo una mejor percepción del Estado General de Salud, estadísticamente significativo en el Grupo Experimental, tras la intervención aplicada en comparación con el Grupo Control;
7. El programa de ejercicio físico ha contribuido a mejorar el afrontamiento de los niveles de sobrecarga provenientes de los cuidados así como a mejorar la autopercepción del Estado General de Salud en el grupo experimental de mujeres cuidadoras.

RECOMENDACIONES

”De todas las realidades la vejez es quizá aquella de la que conservamos más tiempo en la vida una noción puramente abstracta»

MARCEL PROUST

VI. RECOMENDACIONES

Finalmente consideramos necesario:

1. Ampliar y profundizar en el estudio del impacto bio-psicosocial del cuidado de personas mayores dependientes en el cuidador informal;
2. Promocionar una adecuada educación sanitaria para garantizar el buen desarrollo de habilidades y capacitación para cuidar a la cuidadora;
3. Minimizar las repercusiones tanto físicas como psíquicas a través de intervenciones de afrontamiento para las cuidadoras, principalmente con respecto a su inserción en Programas de ejercicio físico, direccionados a este colectivo, en los servicios (atención primaria) de salud públicos;
4. Realizar más estudios que puedan desarrollar en una línea de trabajo, acciones conjuntas de grupos de familias con pacientes incapacitados, con el objetivo de promover la educación sanitaria hacia el autocuidado y el apoyo psicosocial de éstas.

REFERENCIAS

VII. REFERENCIAS

ABAD, L.N.; LOPIS, R.A.; PÉREZ, C.S.; SERRANO, M.A.; TOMÁS, F.V. (2002). El cuidador principal en la enfermedad de Alzheimer. Disponible en: URL: <<http://www.Enfervalencia.org/ei/articles/rev55/artic08.htm>> Accedido en: 2002 abril 10.

ADLER C, WILZ G, GUNZELMANN T; (1996): “*Yo jamás siento sensación libre*”—*Mujer cuidada para el marido demente padre u madre*. Abteilung fur Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitat Leipzig. Gesundheitswesen Sep; 58 Suppl 2:125-31.

ALVARO ESTRAMINA JL. (1996) Desempleo y bienestar psicológico. Madrid Editorial Siglo XXI,.

ANDERSON A, LEVIN LA, EMTINGER BG. (2002). The economic burden of informal care. *Int J Technol Assess Health Care*;18:46-54.

ARTASO, B.GOÑI, A. BIURRUN, A. (2003) Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Geriatría y Gerontología*. Volumen 38, nº 4 p.212-218.

ARTAL, F J C., VÁZQUEZ, C B., (2000). Programas de Lesionado Medular y Neuroclínica*. Hospital Sarah. Red Sarah de hospitales del Aparato Locomotor. Brasilia DF Brasil

AROSTEGUI, I. (1998) Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto.

ASÓN VIVANCO A. (2001) Apoyo social. En: Núñez de Villavicencio Porro F. *Psicología y Salud*. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; p.80.

ALONSO BABARRO, A; GARRIDO BARRAL, A;DÍAZ PONCE, A;CASQUERO RUIZ, R;RIERA PASTOR, M. (2004) Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS Profile and Burden of Care in Caregivers of Patients With Dementia Included in the ALOIS Program. Atención Primaria, 33(2): 61-66, 29

BADIA LLACH, X;LARA SURINACH, N;ROSET GAMISANS, M. (2004) Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. Quality of Life, Time Commitment and Burden Perceived by the Principal Informal Caregiver of Alzheimer s Patients. Atención Primaria, 34 (4): 170-170

BENEZON, R.O. (1995). Manual de musicoterapia. Barcelona. Paidós.

BENTATA, B. B. (2003) Tesis doctoral: Impacto emocional de las Experiencias Clínicas en Estudiantes de Enfermería. Diseño, Aplicación y Evaluación de un Programa de Intervención. Universidad de Granada, España.

BORGES, MAYELÍN PÉREZ; ALVAREZ, EDUARDO A. TRIANA; CAMEJO,TERESA REYES; PÉREZ , VIVIANA DÍAZ. (2000) Experiencia de un grupo de Orientación y Recreación. Revista Eletronica de Geriatria y Gerontologia. ISSN 1575-3166 Vol.2 (1)

BOUCHARD, C., SHEPARD, R J., STEPHENS, T.(1994) En.: Camiña, F F., Cancela, C M., Romo, P V. (2000). Pruebas Para Evaluar La Condición Física En Ancianos (Batería ECFA): su fiabilidad. Rev Esp Geriatria Gerontología; 35(4):205-216.

BURNS A, RABINS P. (2000) Carer burden in dementia. Int J Geriat Psychiatry;15:S9-S13.

CALATAYUD, J M. (2001). Efectos beneficiosos del ejercicio físico sobre los parámetros de edad biológica. II JORNADAS SOBRE EJERCICIO FÍSICO, SALUD Y LOGENVEDAD. CONSEJERÍA DE TURISMO Y DEPORTE. Instituto Andaluz del Deporte.,Granada.

CALDAS CP. (2003) Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saúde Pública ; 19:773-81.

CALVENTE, M M., RODRIGUEZ, I M., CUADRA, P G. (1999). CUIDADOS Y CUIDADORES EN EL SISTEMA INFORMAL DE SALUD: Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

CAMIÑA, F F., Cancela, C M., Romo, P V. (2000). Pruebas Para Evaluar La Condición Física En Ancianos (Batería ECFA): su fiabilidad. REV Esp Geriátria Gerontología; 35(4):205-216.

CANTERA, L R. (2000). Conceptos preliminares. Asistencia geriátrica domiciliaria. Monografías de Geriátria y Gerontología (Geriátrica), Vol. II, Número 1, Enero-Marzo.

CHAPPELL NL, REID RC. Burden and well-being among caregivers: examining the distinction. Gerontologist 2002; 42:772-80.

CEBALLOS Rivera J.J; Ochoa Muñoz J; y Elizabeth Cortez Pérez. (2000) "Depresión en la adolescencia. Su relación con la actividad deportiva y consumo de drogas". Revista de Medicina del IMSS. 38 (5): 371- 379).

CHAVES PÉREZ, J.B., GARCÍA RUIZ M^a.V., NIEVAS CAZORLA M^a.G. (2005). Cuidados domiciliarios informales y cuasi-formales a personas con problemas de salud crónicos y percepción de su proveedor. Gerokomos. Vol.16 (3)

CALVENTE, M. M.; RODRÍGUEZ, I. M.; NAVARRO, G.M. (2004) El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit v.18 supl.2 Barcelona.

CARRATALÁ, C.E. ZARZOSA, L.M.C. (2006) La sobrecarga física y psicológica de los cuidadores de enfermos con discapacidad (The physical and psychological overload of the caratakers of patients with disability} Geriátrika. Revista Iberoamericana de Geriátria y Gerontología, 22(1): 18-23, 17

DE LOS REYES M. C. (1999): Familia e imagen del geriátrico, Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Buenos Aires.

DE LOS REYES, M. C. (2001) Construyendo el concepto cuidador de ancianos IV REUNION DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el MERCOSUR . Noviembre 2001. Curitiba.Brasil

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY AND BEHAVIORAL SCIENCES, DUKE UNIVERSITY MEDICAL CENTER, DURHAM, NORTH CAROLIN, 2000.

DEVÍS DEVÍS, J. (2000) Actividad Física, Deporte y Salud. España.

DE VUGT, STEVENS, AALTEN & COLS. (2004) Do caregiver management strategies influence patient behaviour International Journal of Geriatric Psychiatry, 19 :85-92

DREVILLON, Jean. (1999) "Comentarios al artículo de Jean Rivolier". En: LE SCANFF, Chistine y Jean Bertsch (Dir.). Estrés y rendimiento. España. INDE Publicaciones. Pp. 46- 53.

DUEÑAS, NICOLÁS (2001). El valor del Domicilio como recurso para la Salud. Gerokomos, vol.12 (2) : 71-76.

DÚRAN, J (1999) En: CALVANTE, M M ., RODRIGUEZ, I M ., Cuadra, P G., CUIDADOS Y CUIDADORES EN EL SISTEMA INFORMAL DE SALUD: Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada (España)

EDDES (Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud) (2003), realizado por el INE, el IMSERSO y la Fundación ONCE. II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad (2003- 2007)- IMSERSO. Madrid. España

ELLWANGER, E. En.: BAUR, R., ERGELER, R. (2001). Indicaciones Prácticas Desde El Punto De Vista Médico. Gimnasia, Juego Y Deporte Para Mayores. Editorial Paidotribo, Barcelona.

ELOSUA, R. (2005) .Actividad física. Un eficiente y olvidado elemento de la prevención cardiovascular, desde la infancia hasta la vejez. Revista Española de Cardiología. Editorial. Volumen 58, N° 08.

ESCUADERO, B ET AL (2001). Cuidadores Informales: necesidades y ayudas. Revista Rol de Enfermería, vol 24 n° 3 págs 183-189.

FLORES LOZAÑO JA, ADERA CÁNDENAS J, GARCÍA GARCÍA MC, GÓMEZ MARTÍN MP. (1997) Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. JANO EMC; 53:53.

GARCÍA CALVENTE MM, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez Cuadra P (1999.). Cuidados y cuidadores en el Sistema Informal de Salud: investigación cuantitativa. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

GARCÍA, C.M.M. (2002). La atención a la salud en el ámbito doméstico: cuidados y cuidadores. Disponible en: URL: <<http://www.easp.es/proyectostem%e1ticos/wwwyuhpe/esp/r13.htm>> Accesado en: 2002 abr 10.

GAINZA, V. NIVARDO, F. (2004) La mujer adulta mayor. Av Med Cuba. 11(40):30-32;

GALLATN Y CONNELL. (2003) Neuroticismo and Depressive Symptoms Among Spouse Caregivers: Do Health Behaviors Mediate This Relationship? (Neuroticismo, hábitos saludables y depresión en cuidadores) Psychology and Aging, 18(3), 587-592

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demencia atendidos em um serviço psiquiátrico. Saúde Pública. V. 38. nº 6.

GIRGINOV Vassil G. Tiempo libre y Deporte. Bucarest. (1990) Editorial FIEP. 2da edición.

GOLDBERG DP, HILLIER VF. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med; 9:139-45.

GONZALO, A. (2001). Educación Para Las Mujeres: Un Reto Olvidado. Centro de colaboraciones solidarias may insignia España.

GONZÁLEZ, E.; DAMIÁN S. (1997) Evaluación de un programa educativo a los cuidadores con demencia senil. Brasil

HAUMONT, C. (1993) Guía de la Relajación y de la Sofrología. 2ª edición. Colección bolsillo. Bilbao. España.

HOSKINS, I ; KALACHE, A y MENDE, S. (2005) Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. Rev Panam Salud Publica, vol.17, no.5-6, p.444-451.

INE (2004) . Censo de Población y Viviendas (2004). Instituto de Estadística de Andalucía. Consejo de Economía e Hacienda. Código INE 1807- España.

IRIGOYEN, A B., SARRIES, G A., MARTINEZ, G R A. (2001). Sobrecarga Del Cuidador Informal Del Paciente Con Demencia: Una Demanda En Un Centro De Día Psicogeriátrico En Navarra. Geriatrika. 17 (2):70.

JOHN, J.; BARRETT, W. E. (1996) Halley and their caregivers: Southern. Medical Journal. January, 89 (1):1.

JOFRÉ A. V; MENDOZA P.S. (2005) TOMA DE DECISIONES EN SALUD EN MUJERES CUIDADORAS INFORMALES CIENCIA Y ENFERMERÍA XI(1): 37-49

KATZ, W A., SHERMAN, C., (1998). Osteoporosis. The Role of Exercises in Optimal Management. The Physician ad Sportsmedicine. Vol. 26 (2)

KATZ S, FORD AB, MOSKOWITZ RW, JACSON BA, JAFFE MW. (1993); En. KANE R A, KANE R L, "Evaluación de las necesidades en los ancianos". "Guia práctico sobre los instrumentos de medición". SG Editores S.A Fundación Caja de Madrid. 315 págs.

KOREAGA, A.A. (1999) Teoría y práctica de la relajación. Ed. Martinez Roca. Barcelona. España.

LÓPEZ M.G Y LÓPEZ M, (1994). Programa de intervención a través de la música. En.: S. Molina (Coord.) Bases psicológicas de la educación especial. Alcoy: Marfil.

LOSADA, KNIGHT Y MÁRQUEZ. (2003) Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 21(3):55-62

LIMA, C.W.G. (1995). Vivencia Caminho à Identidade. Fortaleza, Brasil. Editora Viver.

LUCENA, N.M. G. Análisis de um Programa de Intervención Motriz (expresión corporal) como factor de desarrollo motor y eficacia laboral em um Centro de Empleo de Trabajadores Adultos con retraso mental. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. España. 1998.

LÓPIZ, E F. (1998). Psicogerontología. Perspectivas teóricas y cambios en la Vejez. Ediciones Adhara. Granada- España.

LÓPEZ, J. LÓPEZ-ARRIETA, J. CRESPO, M. (2005). Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives (Factores asociados con el impacto positivo de los cuidados a ancianos y familiares dependientes). Archives of Gerontology and Geriatrics. (41):81-94.

MARTÍN, J P. (2000). La Experiencia Coordinadora De Los Cuidados Domiciliarios En Un Área De Salud. Monografías de Geriatria y Gerontología. Geriátrika, Vol. II Nº 1

MARTIN, M L., MOREIRAS, O., CARBAJAL, A. (2000). La Actividad Física Como Indicador de la Calidad de Vida en los Ancianos. Rev Mult Gerontol, 10(1):9-14.

MARTÍN M, SALVADOR I, NADAL S, MIJI LC, RICO JM, LANZ P, et al.(1996) Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Esp Gerontol;6:338-46.

MATEO I, MILLÁN A, GARCÍA-CALVENTE MM, GUTIÉRREZ P, GONZALO E, LÓPEZ-FERNÁNDEZ LA. (2000) Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Aten Primaria*; 26:25-34.

MATEOS RODILLA J. (2003) [Evaluation of relaxation workshops in primary care]. Evaluación de los talleres de relajación en atención primaria. *Rev Enferm*;26(3):9-12

MOLNAR, G.(2001). Calidad De Vida, Ejercicio y Salud. Deporte y Salud. España

MOORE MJ, ZHU CW, CLIPP EC. (2001) Informal cost of dementia care: estimates from National Longitudinal Caregiver Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*; 56:S219-28.

MUÑOS G M.(1998) Repercusiones familiares de la enfermedad de Alzheimer y su abordaje. Disponible en:

<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pidet=4769>.

MUÑOZ PE, VÁZQUEZ JL, RODRÍGUEZ F. (1979) Adaptación española de genera health questionnaire (GHQ) de Goldberg. *Arch Neurobiol*; 42:139-58.

MULLINEAUX DR, BARNES CA, BARNES EF. (2001) Factors affecting the likelihood to engage in adequate physical activity to promote health. *J Sports Sci*; 19: 279-88.

NAVAIE-WALISER M, SPRIGGS A, FELDMAN PH. (2002) Informal caregiving. Differential experiences by gender. *Med Care*;40: 1249-59.

NERI AL, SOMMERHALDER C. (2002) As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: Neri AL, organizador. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea; p. 9-63.

ORY MG, HOFFMAN RR, YEE JL, TENNSTEDT S, SCHULZ R.(1999) Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *Gerontologist*; 39:177-85.

PEÑAILILLO, MM; PARRA, SM; MOLINA, AS. (2004) Dependencia funcional y perfil Biopsicosocial del adulto mayor. Gerokomos Vol. 15 nº1

PERULA DE TORRES LA, LLUCH C, RUIZ R, ESPEJO J, TAPIA G, MENGUAL P. (1998) Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y ciertos estilos de vida en escolares cordobeses. Rev Esp Salud Pública ; 72: 233-44.

PINQUART & SÖRENSEN (2003). Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-analysis. Psychology and Aging.

PRINCE M. (2000) Global impact of Dementia. Plenary session. World Alzheimer Congress . Washington DC.

PUGA, DOLORES. (2005) La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. Rev. Esp. Salud Publica v.79 n.3

RABANAQUE, G. (2002). Mujer rural, salud y calidad de vida. Disponible en: URL: <http://www.nodo50.org/mujeresred/rural-ruralia-salud.html> > Accesado en: 2002 jun 15.

Tasas de discapacidad en adultos mayores de América Latina y el Caribe. (2006) Instantáneas.Revista Panamericana de Salud Publica v.19 n.1

ROCA, M. (2001) En: Evolución Del Concepto y Su Influencia En La Investigación y La Práctica. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

RODRIGUEZ, F A. (1995). Prescripción De Ejercicio Para La Salud (I). Resistencia Cardiorrespiratoria. Apunts. Educación Física y Deportes, (39) 87-102.

RODRÍGUES, I M., CARRASCO, A M., CALVENTE, M M G., CUADRA, G P., JIMENEZ, G E., FERNÁNDEZ, L A L., (2000). Cuidadores Familiares De Personas Con Enfermedades neurodegenerativa: Perfil Aportaciones E Impacto De Cuidar. Atención Primaria vol. (2), nº 3.

ROGER, R M; BONET, U I; GALLEGO, F C; PISA, L R; RIBAS, P A; VIÑETS, G L., ORIOL, P R., (2000). Impacto Del Hecho De Cuidar En La Salud De Los Cuidadores Familiares. Atención Primaria, 26(4):217–223.

ROMERA J M.(2002) El Síndrome del cuidador. Disponible en:

<http://www.nortecastilla.es>

ROSA, S M. (2001) Instrumento de Valoración De La Actividad Física En Personas Mayores. II jornadas sobre ejercicio físico, salud y longevidad, Granada.

SÁNCHEZ BAÑUELOS, F (1996) La actividad física orientada hacia la salud. España. Biblioteca Nueva.

SÁNCHEZ D.A. (2001) Salud y género en las consultas de atención primaria. Atención Primaria; 27 (2):75-8.

SÁNCHEZ, B. (2001). La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica, En: “Investigación y Educación en Enfermería”, Universidad de Antioquía, Medellín-Colombia, 19 (2): 36-50

SANCHO C, MT (2001) El Anciano la Sociedad y la Familia. II Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica y Gerontológica . Guijón España.

SADIK & WILCOCK (2003). The increase burden of Alzheimer Diseases. Alzheimer Diseases and Associated disorders, 17 (suppl. 3):75-79).

SANDRINO, T. (2000) Caracterización psicosocial del cuidador principal de pacientes con demencia. Trabajo de Terminación de la Especialidad. Ciudad Habana 2000.

SARDIÑAS, K H., GÁMEZ, M N., GIMÉZ, P M M., BERENGUEL, A E., MARÍN, B A., GALDEANO, R M. (1999). El Síndrome Del Dr. Jekyll & Mr. Hide: Las Dos Caras Del Cuidador de ancianos. Rev Esp Geriatria Gerontología; 34(6):346–352.

SEEFELDT, V., MALINA, R M., CLARK, M A. (2002). Factors Affecting Levels Of Physical Activity In Adults. Sports Med; 32(3):143-68.

SHOCK, (1981). En.: OLIVEIRA, W B., OLIVEIRA, E A. (2000). El Envejecimiento Fisiológico Y Patológico. Scientia, Revista de Ciencia De La Salud. 5 (3- 4)

SILVEIRA TM. O (2000) Sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos. Textos Envelhecimento, 3:13-28.

SMOLLERM, (1996). IN: Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa. Madrid. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Año 2003.

United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing 1950–2050. New York: UN; 2002.

VAN EWIJK H, HENS H, LAMMERSEN G. (2003) Mapping of care services and the care workforce. Consolidated report. En: Moss P, editor. Care work in Europe. Current understandings and future directions. Disponible en:
<http://144.82.35.228/carework/uk/reports> consultado 10/08/2003.

VERA, P. (2001). La cuidadora debe racionalizar su trabajo con el familiar enfermo. Disponible en: URL: <http://www.defensordelpueblo.es/index.asp?destino=informes.asp>
Accesado en: 2001 dic. 10.

VINIEGRA, C R V G. (1999) Manual para La utilización Del Cuestionario De Salud General De Goldenberg, Adaptación Cubana. Rev Cubana Med Gen Integr 15(1):88

VITALIANO, ZHANG & SCANLAN. (2003). Is caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-analysis. Psychological Bulletin.

ZARIT, 1987. En: Calvante, M M ., Rodriguez, I M ., Cuadra , P G., Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud (1999) Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España

ZAVALA, M.; CASTRO, M. Y VIDAL, D. (2002). Características sociodemográficas de los cuidadores de ancianos, IV Congreso Chileno de Antropología. Universidad de Chile. Disponible en URL: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/index.html>. Accesado en: 2002 mayo 9.

WORLD BANCK 1993. EN:. BERMEJO, F P Y COLS. 1993: Nivel de salud y deterioro cognitivo en los ancianos. Fundación Caja de Madrid. Barcelona.

World Health Organization. The world health report 1998. Executive summary. <http://www.who.int/whr/1998/whr-en.htm> (accesado en 2003 octubre 11)

APENDICES

APENDICE 1

CENTRO DE SALUD DE DÚRCAL

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA. UNIVERSIDAD DE GRANADA

Ud. va a participar en un estudio que se va a llevar a cabo entre la Universidad de Granada y el Centro de Salud de Dúrcal. Los profesores de la Universidad de Granada pertenecen al Grupo de Investigación de la Junta de Andalucía CTS-366 “Envejecimiento y salud”.

En el referido estudio, se pretende aplicar un protocolo de trabajo físico controlado a mujeres cuidadoras informales de mayores dependientes, como soporte biopsicosocial y mejora de la calidad de vida. La duración total del estudio será de 6 meses.

Agradecemos su participación, garantizamos la confidencialidad de los datos obtenidos y le rogamos que para el mejor desarrollo de este estudio, participe Ud. de forma regular en todas y en cada una de las sesiones y medidas, acuerdo que expresa formalmente con su firma y DNI al final de este informe.

Nombre: _____

TELÉFONO: _____

Fdo.: _____

Le rogamos que conteste las siguientes preguntas:

¿A Ud. le gustaría participar del programa de Actividad física, todos los miércoles de 16:00 a 18:00 horas? SI () NO ().

INFORMACIONES SOCIODEMOGRÁFICAS

(APENDICE 2)

Respecto a las Mujeres Cuidadoras Informales del estudio

DATOS GENERALES

Nº de identificación:.. fecha...../...../200---

Nombre del Cuidador:..... Edad.....

Dirección.....Nº...Teléfono.....

Población.....C.P.....

Estado civil: Casada () Soltera () Viuda () Otros ()

Tiene Hijos: Si() No () Especificar nº de hijos / sexo: M () H () y edades

.....

¿Trabaja usted fuera del hogar? Si () No ()

¿Cual es su actividad laboral?.....

¿Cuanto tiempo lleva trabajando?

¿Tiene alguna ayuda de otras personas de la familia para los cuidados del enfermo dependiente?.

¿Tiene algún problema de salud? Si () No ()

¿Cual y cuanto tiempo?

¿Convive con el enfermo? Sí () No ()

¿ Presentaba usted trastornos de salud antes del cuidado? Sí () No ()

¿Cuáles?

¿A quién cuida?:Madre () Padre() Suegra () Suegro() Otros ()

¿Que enfermedad tiene?.....

¿Cuanto tiempo lleva cuidándolo?

¿Cuántas horas dedica al día?

¿Cuándo tiene descanso?.....

¿Fuma usted?.....

¿Cuanto tiempo lleva fumando?.....

¿Toma algún medicamento? Si () No ()

En caso afirmativo indique cual(s)?

En cuanto a su interés por participar en un grupo de estudio, con el objetivo de mejorar su calidad de vida como cuidador de Alzheimer, a través de un programa de (ejercicios, actividad física terapéutica, juegos, diversiones), ¿su interés es?:

1- MUCHO ()

2- BASTANTE ()

3 - POCO ()

INFORMACIONES SOCIODEMOGRÁFICAS

(APENDICE 3)

Respecto a las Personas Mayores Dependientes de los Cuidados

Nº de identificación:..

Fecha...../...../200---

Nombre del Cuidador:..... Edad.....

Dirección.....Teléfono.....

¿Que enfermedad tiene?.....

¿Cuantos años tiene el enfermo a quién cuida?.....

¿Desde cuando necesita cuidados?.....

ANEXOS

ESCALA DE SALUD GENERAL (GHQ)

ANEXO 1

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

Mejor que lo habitual____ Igual que lo habitual____ Menos que lo habitual____
Mucho menos que lo habitual ____

2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más____

3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

Más que lo habitual____ Igual que lo habitual____ Menos útil que lo habitual____
Mucho menos____

4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más capaz que lo habitual____ Igual que lo habitual____ Menos capaz que lo
habitual____ Mucho menos____

5) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más____

6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más____

7) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual____ Igual que lo habitual____ Menos que lo habitual____
Mucho menos____

8) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?

Más capaz que lo habitual____ Igual que lo habitual____ Menos capaz que lo
habitual____ Mucho menos____

9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más____

10) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más____

11) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más____

12) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

Más feliz que lo habitual____ Aproximadamente lo habitual____ Menos feliz que lo
habitual____ Mucho menos que lo habitual____

**ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR
ESCALA DE ZARIT (Zarit y Zarit, 1982)**

ANEXO 2

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan de otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0= Nunca 1= Rara vez 2= Algunas veces 3= Bastantes veces 4= Casi siempre

- 1) *¿piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?*
- 2) *¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo?*
- 3) *¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familiar)?*
- 4) *¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar*
- 5) *¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?*
- 6) *¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familiar?*
- 7) *¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?*
- 8) *¿piensa que su familiar depende de Vd?*
- 9) *¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?*
- 10) *¿piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?*
- 11) *¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?*

- 12) *¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?*
- 13) *¿Se siente incómodo por distanciarse de su amistades debido a tener que cuidar de su familiar?*
- 14) *¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?*
- 15) *¿Piensa que no tiene suficiente ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar?*
- 16) *¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo ?*
- 17) *¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?*
- 18) *¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?*
- 19) *¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?*
- 20) *¿piensa que debería hacer más por su familiar?*
- 21) *¿Piensa que podría cuidar mejor de su familiar?*
- 22) *Globalmente, ¿que grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?*

**INDICE DE KATZ
RESPECTO A LA ASISTENCIA PERSONAL DEL ANCIANO**

ANEXO 3

BAÑARSE

El anciano se baña con esponja: en bañera () en ducha ()

No recibe asistencia -entra y sale de la bañera por si mismo ()

Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo ()

Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo ()

VESTIRSE

Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia ()

Saca la ropa y se viste sin asistencia, excepto al anudarse los zapatos ()

Recibe asistencia al sacar la ropa o al vestirse, o queda parcial o completamente desvestido ()

IR AL SERVICIO

Va al servicio, se lava, se arregla la ropa sin asistencia (puede usar un objeto de apoyo, como un bastón o una silla de ruedas y puede manejar la cuña o la silla retrete, vaciándolas por la mañana. ()

Recibe asistencia para ir al servicio o al lavarse, o arreglarse la ropa tras la eliminación o al usar la cuña o la silla retrete ()

No va al servicio para el proceso de eliminación ()

DESPLAZARSE

Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla sin ayuda (puede usar un objeto de apoyo como bastón- ()

Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla con asistencia ()

No se levanta de la cama ()

CONTINENCIA

Controla la micción y la defecación por si mismo ()

Sufre accidentes “ocasionalmente” ()

La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal; usa una sonda o es incontinente ()

ALIMENTARSE

Se alimenta sin asistencia ()

Se alimenta solo, excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan ()

Recibe asistencia al alimentarse parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos ()