



PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA

DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO

TÍTULO:	Calidad de vida relacionada con la salud y síntomas músculo esqueléticos en cuidadores formales en centros geriátricos y residencia habitual de los adultos mayores.			
DURACIÓN DE PROYECTO (MESES):	24 meses			
TIPO DE INVESTIGACIÓN:	I. Básica <input type="checkbox"/>	I. Aplicada <input checked="" type="checkbox"/>	I. Experimental <input type="checkbox"/>	Creación Artística <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN PROPONENTE:	ESTUDIOS DE GÈNERO FAMILIAS Y SOCIEDAD			
CATEGORÍA COLCIENCIAS:	A1			
CÓDIGO COLOMBIANO DE REGISTRO DEL GRUPO:	COL0028036			
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	Envejecimiento y vejez			
RESUMEN:	<p>Introducción: Los cuidadores formales suelen estar sometidos a situaciones físicas y psicológicas, que en muchos casos terminan en molestias o alteraciones músculo esqueléticas generadas por el estrés afectando de esta manera su calidad de vida.</p> <p>Objetivo: Determinar la calidad de vida relacionada con la salud y las molestias musculo esqueléticas en cuidadores formales en centros geriátricos y residencia habitual de los adultos mayores en Barranquilla Atlántico, Colombia.</p> <p>Materiales y método: Estudio observacional descriptivo transversal, realizado en una muestra no probabilística de 40 cuidadores formales de adulto mayor, obtenidos a través de la técnica de bola de nieve. Para la recolección de los datos relacionados con los síntomas músculo esquelético y el manejo de posturas se utilizaron el cuestionario Nórdico de Kuorinka y el sistema Owas respectivamente, para la CVRS se utilizó el cuestionario Sf-36, los datos sociodemográficos se obtuvieron mediante una encuesta diseñada por las investigadoras.</p> <p>Resultados: En la población estudiada se encontró que en los últimos doce meses y últimos siete días el 37,5% y el 12,5% respectivamente de la población</p>			



presentaron molestias músculo esqueléticas en las zonas del cuello y la espalda baja; también se observó un riesgo cardio vascular del 52,5%, correlacionado con el riesgo postural del 42,5% conocido como leve y el 40,0% como alto, con una significancia de P 0,008%.

Conclusiones: Las cuidadoras formales tienen múltiples afectaciones, siendo las más prevalentes dolor en la zona baja de la espalda con 37,5% los últimos doce meses y 12,5% los últimos siete días; y el cuello con 12,5% los últimos doce meses y 7,5% los últimos siete días; lo que conlleva a dificultades con la salud física y mental, así como también en el orden social y económico.

PALABRAS CLAVE: Cuidadores, adulto mayor, calidad de vida relacionada con la salud.

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO Barranquilla	DEPARTAMENTO: Atlántico	CIUDAD: Barranquilla
--	-----------------------------------	--------------------------------

I. DATOS DE LOS INVESTIGADORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	FUNCIÓN
Maria Victoria Quintero	26.794.434	Diseño macro proyecto, tutoría.

II. DATOS DE LOS ESTUDIANTES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	FUNCIÓN
Maria Medina Camacho	1.045.756.370	Diseño proyecto, recolección de datos, análisis de datos y construcción de artículo
Andrea Povea Cañas	1.045.751.611	Diseño proyecto, recolección de datos, análisis de datos y construcción de artículo
Diana Rolong Pico	1.140.870.403	Diseño proyecto, recolección de datos, análisis de datos y construcción de artículo
Martha Vega Lizcano	1.143.265.570	Diseño proyecto, recolección de datos, análisis de datos y construcción de artículo
Laura Vizcaíno Figueroa	1.043.029.842	Diseño proyecto, recolección de datos, análisis de datos y construcción de artículo
Melani Camila Gelves Lora	1.140.888.554	Diseño proyecto, recolección de datos, análisis de datos y construcción de artículo

III. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La OMS define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre el lugar que ocupa

en la vida, el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, todo ello en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones (1). Representa un “termino multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, incluyendo también la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades” (2).

La calidad de vida (CV) se refiere a una propiedad que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente dependiendo de las interpretaciones y valoraciones que hace de los aspectos objetivos de su entorno. Se considera que es una combinación de elementos objetivos y de la evaluación individual de dichos elementos; la calidad de vida objetiva y calidad de vida percibida son dos conjuntos de factores que interactúan (3).

Por ello cuando se habla de calidad de vida es considerada como el bienestar físico, psicológico, económico y ecológico de la persona. En la actualidad muchas personas creen, que una buena calidad de vida está ligada únicamente con en el ámbito económico (posesión única de las cosas personales y o materiales), es decir teniendo un buen estrato socioeconómico, sin embargo la calidad de vida abarca mucho más de lo dicho anteriormente, esta va muy de la mano con la salud y siendo así un concepto que presenta múltiples factores como lo son, el buen funcionamiento físico, mental, social y emocional de un individuo (4).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es entendida como la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, de su estado físico, emocional y social en un momento dado, y el reflejo del grado de satisfacción con una situación personal a nivel fisiológico, emocional y social (5); La CVRS se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades importantes para el individuo y que afectan su estado general de bienestar.



Con relación a la calidad de vida de los cuidadores formales, esta se puede ver afectada al cuidar personas mayores dependientes, que necesitan ayuda para sus necesidades diarias de salud, alimentación, higiene, compañía, relaciones sociales y emocionales. Cuidar supone ofrecer conocimientos, destreza y habilidades estableciendo una relación de ayuda y confianza entre el cuidador y el paciente, pero el acto de cuidar requiere esfuerzo, condiciones y actitudes que en su ausencia pueden afectar la calidad de vida de los cuidadores e indirectamente de las personas cuidadas (6).

Los cuidadores formales se ven sometidos a una serie de estresores, tanto a nivel laboral como personal, que pueden cargarles emocionalmente, generar repercusiones en su ajuste personal al entorno laboral donde se desempeña y afecta la forma en que lleva a cabo el cuidado de las personas mayores. Entre estos cuidadores, los menos calificados suelen presentar varias desventajas, entre las que se cuentan poseer menos información para cuidar del paciente, realizar actividades poco gratificantes, recibir menos valoración positiva y la visita de un mayor número de personas que supervisan su trabajo (incluso la familia del paciente), contar con escasa participación en las decisiones, no tener objetivos propios, contar con bajo nivel de formación especializada, y no tener posibilidad de promoción en su trabajo (7).

Así mismo, dependiendo del contexto en que realicen su labor, las fuentes de estrés y las tareas requeridas no serán las mismas para estos cuidadores, siendo diferentes las demandas para los que atienden un paciente en su domicilio que para aquellos que trabajan en hogares geriátricos. Los resultados de estudios como los de Durante y cols (8), muestran en los auxiliares niveles bajos de motivación hacia su trabajo, lo cual podría traducirse en actitudes de desesperanza, cansancio, impotencia, llevándoles a centrarse en la prestación de los cuidados más básicos, dejando de lado otros de igual importancia como la comunicación y estimulación del mayor.

Igualmente, la investigación de Torres (9), realizado en España, da cuenta de que los cuidadores formales pueden verse afectados por la sobrecarga subjetiva. Particularmente,

este autor encontró, en una muestra de 302 participantes, que el 44% presentaban altos niveles de carga, y que esta variable era explicada, de manera importante, por la percepción de salud general, y el uso de la evitación como estrategia de afrontamiento por parte de este tipo de cuidadores. Entre tanto, Hernández y cols (9). Hallaron que la sobrecarga en los cuidadores formales de su estudio se encontraba asociada a la presencia de agotamiento laboral.

Los cuidadores formales realizan trabajo físico, como la necesidad de manipular el peso de la persona la mayoría de veces sin ayuda, lo cual se ha relacionado con la aparición de lesiones y/o alteraciones musculo-esqueléticas (AME) con preponderancia a la columna vertebral. Se ha reportado que el manejo inapropiado del peso por parte del cuidador puede producir lesiones en los discos intervertebrales, hernias, fisuras, contracturas musculares, calambres musculares por sobreesfuerzo (10).

Bogotá, Cali, Barranquilla, son las ciudades donde podemos encontrar ancianatos asilos, u hogares geriátricos para los adultos mayores que requieran cuidados especializados, Según el último censo en Colombia, los adultos con edad de 65 años o más representan el 6,3 % de la población, con 54,6 % de mujeres y 45,4 % de hombres; corresponden aproximadamente a 2.617.240 de personas que residen en hogares particulares y lugares especiales de alojamiento (LEA) o centros geriátricos; estos últimos representan el 1,2 % de esta población y se concentran en las principales ciudades del país (11). Por lo tanto se requiere personal especializado que atienda las necesidades de estos adultos mayores.

2. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la calidad de vida relacionada con la salud y los síntomas músculo esqueléticos en cuidadores formales en centros geriátricos y residencia habitual de los adultos mayores.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar los aspectos sociales y demográficos de los cuidadores formales de adulto mayor.
- Establecer la calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores formales.
- Identificar las molestias musculo esqueléticas en los cuidadores formales de adulto mayor.

- Relacionar los aspectos socio demográfico con las variables estudiadas.

2. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE:

La utilización del concepto de calidad de vida (CV) puede remontarse en los Estados Unidos después de la segunda guerra mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (12).

Su uso se extendió a partir de los años 60, cuando los científicos sociales inician investigaciones relacionadas con la calidad de vida (CV), a medida que se fue recolectando la información y los datos objetivos como el estado socioeconómico, el nivel educacional o el tipo de vivienda, los resultados arrojados muchas veces fueron tomados como indicadores económicos insuficientes dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual (13).

La CV está directamente asociada al concepto de bienestar, y ha sido objeto de una atención permanente en los temas desarrollo social, economía y cultura. Busca un equilibrio entre la cantidad de seres humanos, los recursos disponibles y la protección del medio ambiente. En este contexto cobran gran importancia los derechos del hombre y la sociedad a reclamar una vida digna, con libertad, equidad y felicidad (14).

La CV ha sido abordada para grupos vulnerables como niños, adolescentes y anciano, y el sector salud, centrando su atención en la rehabilitación (prevención terciaria) de pacientes, o en estados terminales de la enfermedad. Su medición se ha realizado de manera subjetiva y objetiva, tratando de ubicar en categorías de valores las percepciones y manifestaciones de las condiciones de que las personas tienen como respecto a la satisfacción de los aspectos que se le valoran en un momento determinado. Siendo la salud un importante componente de la CV varios autores han conceptualizado sobre calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (15).



La calidad de vida relacionada con la salud llego al campo de los cuidadores formales con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida, desde su incorporación como una medida del estado de salud de las personas, es usada inestimadamente como un estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de las necesidades de las personas (16).

Una teoría que puede afectar en la CVRS de los cuidadores es que ellos son solicitados para cuidar al paciente no para realizar otras actividades, esto genera que el cuidador sienta estrés al momento de llegar a realizar su función porque se le coloca más trabajo del que debería. Sentir que debe cuidar una vida y desempeñar actividades del hogar no es nada fácil, en este caso puede que la persona entre en conflicto con el empleador y cree una atmosfera nada agradable, que le afecta al momento de realizar tu trabajo y realizándolo inadecuadamente, ser despedido o sentirse presionado solo por manifestar que le colocan más trabajo de lo que debería realizar (17).

La CVRS debería comprender por lo menos la percepción que la persona tiene del impacto que ha provocado la enfermedad o su tratamiento sobre su sentimiento de bienestar y la capacidad de actuación (funcionalismo), estas dimensiones deben ser analizadas tanto en los dominios físicos, emocional y social, el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en estos tiene su estado de salud (18).

Dependiendo del paciente que el cuidador este cuidando, este manifestara diversos síntomas, En los cuidadores con paciente de alzhéimer este puede sufrir efectos adversos en el ámbito psicológico, físico y social. La labor de estos cuidadores suele ser altamente estresante, razón por la cual manifiestan que sufren de depresión, descuido de la salud propia, deterioro de las relaciones familiares y sociales, ansiedad o frustración frente a los retos del cuidador, por los bajos niveles de motivación hacia el trabajo, presentan también actitudes de impotencia y cansancio, las condiciones y demandas de su trabajo los colocan



en un riesgo de sufrir alteraciones dichas anteriormente, que llegara a afectar su desempeño laboral, ya que este no tendrá los ingresos necesarios para subsistir adecuadamente (19).

Ahora bien es bueno tener claro que lo que entendemos por cuidado formal no son más que las tareas que brinda un profesional especializado, y que va más allá de las propias capacidades de las personas para cuidar de sí mismas o de los demás. Existen dos tipos de cuidadores formales como son: los cuidadores formales que trabajan en las instituciones geriátricas y cuidadores formales que son contratados para atender al adulto mayor en su domicilio (20).

Los cuidadores formales son un grupo de profesionales cuyo trabajo es de alto riesgo ya que tienen duras condiciones de trabajo, salarios bajos, y numerosas guardias y turnos muy largos, Por ello, los cuidadores formales necesitan atención ya que su trabajo puede generar problemas tanto físicos como emocionales (21).

En los cuidadores de pacientes con demencia y alteraciones físicas, el cuidador puede presentar problemas psíquicos como depresión, ansiedad, insomnio. Los problemas de índole socioeconómicos son otro grupo de alteraciones que puede presentar el cuidador; estos son conflictos familiares, problemas laborales, dificultades económicas y disminución de actividades sociales y de ocio. La presencia de depresión y dolor musculo esquelético en el cuidador, el tiempo dedicado al cuidado del paciente y la dependencia funcional motora se relacionan con mayor deterioro de la calidad de vida relacionado con la salud y sus cuidadores. Generalmente todos los cuidadores padecen de los mismos síntomas solo que en unos varia la intensidad ya sea por su organismo o porque ya tenga otro tipo de enfermedad que agrave estos síntomas (22).

Las alteraciones musculo esqueléticas que el cuidador puede presentar como fatiga muscular, contracturas, lesiones dorsolumbares, y trastornos musculo articulares lo que conduce a la disminución de la capacidad física, la reducción en la práctica del ritmo de la actividad, movimientos más torpes, menos ágiles e inseguros, sensación de insatisfacción,

cansancio o agotamiento, elevación de la frecuencia cardiaca, dolores en diferentes zonas del cuerpo , lesiones de espalda, todo esto por el movimiento constante y manipulación del peso del paciente haciendo que disminuya la productividad de lo desempeñado (23).

Los cuidadores reportan con mayor somatización ansiedad, depresión, disfunción social y general, un mayor deterioro del estado de salud, relacionado con el estado de la enfermedad en la que se encuentra el paciente, con la no vinculación de red de apoyo y con la falta de capacitación adecuada para ejecución de su rol. Las personas cuidadoras mencionan el cansancio físico, el agotamiento, el desánimo, trastornos del descanso y sueño, depresiones e incapacidad intensa para asumir la situación (23).

Los cuidadores pueden presentar transformación de roles y del desempeño en actividades cotidianas debido a que comienza a experimentar cambios en su vida. Su actividad consume una gran parte del en función del cumplimiento del cuidado del paciente. Ya que el cuidador emplea altos niveles de atención en el cuidado, comienza a sentir la responsabilidad del bienestar de otra persona que depende totalmente de él, se constata la presencia de elevados niveles de estrés y ansiedad. Algunos reportes señalan que las cuidadoras femeninas muestran mayor deterioro de su calidad de vida y experimentan más síntomas depresivos que los cuidadores hombres, se considera que es porque las mujeres se conectan más con las pacientes al momento de cuidarlos llegan a pensar que es un ser querido para ellos y dan todo de ellas hasta llegar a un punto de agotarse mentalmente también (24).

El cuidador se ve sometido a un estrés por la limitación física, psicológica o cognitiva para realizar su labor, alteración en la ejecución habitual del rol, la de las interacciones sociales, la percepción de la falta de respaldo social y de apoyo, falta de actividad, dispersión, alteración del trabajo habitual, severidad de la enfermedad del receptor del cuidado, cantidad de cuidado o supervisión requerida; el bienestar físico de los cuidadores presenta alteraciones orgánicas y psicológicas, debido a que tienen menos descanso, mayor desgaste físico, hipoxia, estrés emocional (aun mayor que el del propio enfermo o sus familiares), ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, problemas de memoria, etc., que se



han englobado bajo la expresión síndrome de agotamiento del cuidador. Cabe resaltar que existe una mayor afectación en esta dimensión en cuidadores de total dependencia, estas asume la responsabilidad total del paciente: lo ayuda a realizar todas las actividades que este no puede llevar a cabo y ello desencadena problemas de salud en el cuidador, como cansancio, dolor de cabeza, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares (25).

El cuidador de la persona con enfermedad crónica de parcial dependencia puede ver afectada su calidad de vida, lo cual se refleja en la alteración de las dimensiones social y psicológica, puesto que cuidar implica un conjunto de ajustes en la vida del cuidador, como la organización del tiempo para cumplir con las responsabilidades personales y de cuidado. La dimensión física no se ve tan comprometida, debido a que este tipo de pacientes no es totalmente dependiente y puede realizar actividades de la vida cotidiana y favorecer su propio autocuidado (26).

Los problemas de salud que afectan a estas personas generan limitaciones funcionales personales a las que los familiares han de responder, no contando en muchas ocasiones con recursos adecuados y suficientes para ello. En consecuencia, más de un 44,2% de los familiares demandan como soluciones la ayuda para cuidados personales diarios y el apoyo a los cuidadores/as. No debe olvidarse que la mayor parte de las tareas de asistencia y prestación de cuidados derivados de estos problemas de salud están cargadas de estrés y tienen efectos muy negativos en el cuidador/a (27).

La calidad de vida en la salud de los cuidadores demuestra alteraciones en la salud física reflejada en trastornos osteomusculares, y dolores asociados, patologías cardiovasculares, trastornos gastrointestinales, alteraciones del sistema inmunológico, problemas respiratorios, cefalea tensional, insomnio, pesadillas, infecciones cutáneas y disminución de la capacidad física (28).

La labor del cuidador se ve afectada su calidad de vida en salud porque en algún momento estas personas no hacen otra cosa más que estar pendiente del enfermo, presentándose

incluso aislamiento social, dejando de lado las actividades propias y la preocupación por el cuidado de la salud física de sí mismo, considerando que el rango de edad presenta deterioro fisiológico por la etapa en la que se encuentra (29).

En ocasiones a pesar de que un cuidador formal a estudiado para saber cómo atender a sus pacientes, con el tiempo puede llegar a olvidar o ignorar las posturas adecuadas y no saber repartir el peso sobre sus brazos y piernas, acarreando como consecuencia el desarrollo de molestias musculoesqueléticas que van a afectar su salud y consecuentemente la CVRS (30).

4. MARCO GEOGRÁFICO, DEMOGRÁFICO Y LEGAL:

➤ **Marco geográfico**

Esta investigación se realizó en la ciudad de Barranquilla, en diversos lugares como hogares geriátricos o viviendas, donde se encuentren cuidadores formales de adulto mayor.

Barranquilla es una ciudad localizada en el vértice nororiental del departamento del atlántico, sobre la orilla oriental del río Magdalena, a 7,5 km de su desembocadura del mar Caribe. Tiene una extensión de 154 km equivalentes al 4,5% de la superficie del departamento del atlántico.



➤ **MARCO LEGAL**

Según la declaración de Helsinki y la Resolución 08430 de 1993 del ministerio de salud de Colombia.

5. METODOLOGÍA:

➤ **Tipo de investigación y paradigma:**

La presente investigación se desarrolla dentro del paradigma empírico analítico, estudio de tipo observacional descriptivo-transversal realizado en una muestra no probabilística de 31 cuidadoras formales de adulto mayor en la ciudad de Barranquilla obtenido a través de la técnica bola de nieve. Se tuvieron como criterio de inclusión que las personas fueran mayores de edad, tener una formación o experiencia mayor a 6 meses en el cuidado de adulto mayor.

➤ **Población:**

Constituida por cuidadores formales que trabajan en centros geriátricos o viviendas de Barranquilla

➤ **Muestra:**

Está conformada por 31 cuidadores formales de adulto mayor ubicados en centros geriátricos y viviendas de adultos mayores.

➤ **Muestreo**

La muestra se obtuvo mediante la técnica de bola de nieve a través de las pastorales de la Salud de 3 parroquias de la ciudad.

➤ **Criterios de inclusión :**

- Ser mayor de edad
- Tener formación o experiencia en el cuidado del adulto mayor
- Recibir un salario
- Que acepte participar en el estudio

➤ **Criterios de exclusión:**

- Que tenga menos de 6 meses de ser cuidadora

➤ **Fuentes de información: primarias y secundarias:**

- **Primarias:** las fuentes primarias la constituyen las encuestas aplicadas directamente a los cuidadores.



- **Secundarias:** son los artículos ubicados en revistas indexadas y bases de datos como Ovid, Scielo, Google académico, Redalyc.

➤ **Instrumento para recolección de la información**

Para la realización de este trabajo se utilizó el cuestionario Nórdico, el cuestionario Sf-36 y el Sistema Owas, con el fin de precisar los problemas generados en los cuidadores formales al realizar su labor. El cuestionario Nórdico de Kuorinka esta estandarizado para la recolección y análisis de síntomas músculo-esqueléticos, este es aplicable para realizar estudios ergonómicos o de salud ocupacional para detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han sido expresados al médico. El nivel en el que se encuentra la persona nos ayuda a identificar si existe un riesgo a tiempo y abordar a la persona con tiempo.

El cuestionario posee una serie de preguntas de selección múltiple que se pueden contestar de dos maneras; uno es que la propia persona puede realizarlo y dos la persona que desarrolla el proyecto las realice; estas preguntas no son más que la sintomatología que presenta la persona mientras desarrolla su labor o al finalizar de esta y cuánto tiempo duran, y en qué periodo se dan.

Con el cuestionario Sf-36 se evalúa la CVRS, por medio de 36 preguntas que abordan diferentes aspectos de la vida diaria, agrupadas en dos componentes: salud física y salud mental constituidas por cuatro dimensiones cada una para un total de 8 dimensiones valoradas de manera independiente.

El método OWAS se basa en la realización de una clasificación simple y sistemática de las posturas del cuidador durante la ejecución en el trabajo, combinado con una serie de observaciones sobre las tareas que este realiza. El objetivo de este método consiste en la evaluación del riesgo de carga postural que este maneja en términos de frecuencia x la presión que ejerce la gravedad sobre este.

Los datos sociales y demográficos se obtuvieron mediante una encuesta diseñada por las investigadoras.



➤ **Tabulación, procesamiento de datos y análisis de la información:**

Los datos se tabularon y sistematizaron en el programa Excel, posteriormente se analizaron en el software SPSS realizando frecuencias absolutas y relativas para los datos cuantitativos⁶, así como análisis bivariados en los datos categóricos en los cuales se calculó el Chi² con una $p < 0,05$.

➤ **Aspectos éticos y legales**

El estudio Cumple con las normas referentes a la investigación con seres humanos según la Declaración de Helsinki y la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Fue aprobado por el comité de investigación del programa de fisioterapia de la Universidad Simón Bolívar. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado

6. RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que hay igualdad en el porcentaje de los dos rangos de edad establecidos, sin embargo la edad mínima fue de 19 años y la máxima de 62 años, el 40% de las cuidadoras convive con su pareja pero 60% no tienen pareja, la mayoría tiene estudios técnicos 52,5%, las cuales presentan un tiempo de cuidado entre menos de 1 año y entre 1 y 3 años con un 35% cada uno. El 35% presenta sobrepeso y el 12% se encuentran en obesidad.

Tabla 1. Frecuencia de variables sociodemográficas y de salud en las cuidadoras formales

VARIABLE	No.	%
Edad		
19-39	20	50
≥40	20	50
Edad mínima 19 años		
Edad máxima 62 años		
Estado civil		
Con pareja	16	40
Sin pareja	24	60
Nivel de escolaridad		
Primaria	1	2,5



Secundaria	14	35
Técnico	21	52,5
Universitario	4	10
Tiempo de ejercicio como cuidador		
Menos de 1 año	14	3
De 1 a 3 años	14	35
De 4 a 6 años	7	17,5
De 7 a 9 años	2	5,0
10 o más años	3	7,5
IMC		
Delgado	6	15
Normal	15	37,5
Sobre peso	14	35,0
Obesidad	5	12,5
Perímetro abdominal		
Con riesgo cv	21	52,5
Sin riesgo cv	19	47,5

Se observó una relación en los últimos doce meses y siete días, dolor en las zona baja de la espalda 12.5%, seguido de las molestias en el cuello con 37,5%, del mismo tiempo.

TABLA 2. Síntomas músculos esqueléticos en los últimos 12 y 7 meses en las cuidadoras formales

VARIABLES	Últimos 12 meses		Últimos 7 días	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUELLO				
Si	5	12,5	3	7,5
No	35	87,5	37	92,5
HOMBRO				
Si	2	5	1	2,5
No	38	95	39	97,5
CODO				
Si	1	2,5	0	0
No	39	97,5	40	100
MUÑECA				
Si	0	0	0	0
No	40	100	40	100
ZONA ALTA DE LA ESPALDA				
Si	3	7,5	2	5
No	37	92,5	38	95
ZONA BAJA DE LA ESPALDA				
Si	15	37,5	5	12,5
No	25	62,5	35	87,5
CADERAS/MUSLOS				
Si	1	2,5	2	5
No	39	97,5	38	95
RODILLAS				
Si	2	5	2	5



No	38	95	38	95
PIES/TOBILLOS				
Si	4	10	2	5
No	36	90	38	95

En la población estudiada se encontró que la mayoría de las cuidadoras adoptan posturas inadecuadas que las llevan a padecer un riesgo leve del 42.5% y un riesgo alto del 40% siendo menor las que no presentan riesgos del 17,5%.

Tabla 3. Nivel de riesgo postural según carga soportada por las cuidadoras formales

	N	%
Sin riesgo	7	17,5
Riesgo leve	17	42,5
Riesgo alto	16	40,0
Total	40	100

Se encontró que las molestias musculo esqueléticas en la zona baja de la espalda y el cuello están representadas con un 37,5 y un 12,5 en los últimos doce meses y siete días, como podemos ver que al relacionar las molestias músculo esqueléticas con el riesgo postural se encontró significancia estadística en la zona baja de la espalda P 0,008

Tabla 4. Molestias músculo esqueléticas según el riesgo postural

		Sin riesgo n=16(%)	Con riesgo n=24(%)	Valor de p
Cuello	Si	4 (25)	1(4,2)	0,51
	no	12 (75)	23 (95,8)	
Hombro	Si	2(12,5)	0(0)	0,76
	no	14(87,5)	24(100)	
codo	Si	0(0)	1(4,2)	0,408
	no	16(100)	23(95,8)	
muñeca	Si			
	no	16(100)	24(100)	
Zona alta de la espalda	Si	2(12,5)	1(4,2)	0,327
	no	14(87,5)	23(95,8)	
Zona baja de la espalda	Si	10(62,5)	5(20,8)	0,008
	no	6(37,5)	19(79,1)	
Cadera muslo	Si	1(6,25)	0(0)	0,215
	no	15(93,7)	24(100)	
Rodillas	Si	0(0)	2(8,3)	0,236
	no	16(100)	22(91,6)	
Pies	Si	0(0)	4(16,6)	0,085
	no	16(100)	20(83,3)	



Tabla 5. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en cuidadoras formales.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud en general las cuidadoras presentan buena calidad de vida. La dimensión con la media más baja fue la de salud general con 69,2 (15,9), seguida por vitalidad con 76,2 (15,1). En general el componente de salud mental tuvo una media más baja de 78,2 (14,3), comparada con el componente de salud física de 80,4 (13,0).

Dimensiones	Media (DS)
Función física	91,2 (13,2)
Dolor	79,3(17,0)
Salud general	69,2(15,9)
Desempeño físico	78,7(23,7)
Componente salud física	80,4(13,0)
Vitalidad	76,2(15,1)
Función social	77,8(21,4)
Salud mental	80,7(17,3)
Desempeño emocional	78,3(26,7)
Componente salud mental	78,2(14,3)

7. CONCLUSIONES

Las cuidadoras formales tienen múltiples afectaciones, siendo las más prevalentes dolor en la zona baja de la espalda y el cuello, afectando esto conlleva a dificultades con la salud física y mental, así como también en el orden social y económico.

Las alteraciones músculos-esqueléticas se identifican como uno de los principales síntomas en la salud del cuidador formal, sin embargo no se tienen como prioridad en el mantenimiento de su salud, sino que el cuidado está enfocado al paciente.

Por medio del cuestionario fs-36, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se logró observar en nuestro estudio que el 69,2% en salud general fue el porcentaje más bajo y que por otro lado en función física obtuvo el 91,2% siendo este un resultado óptimo.

Los datos del presente estudio se unen a los resultados encontrados por otros investigadores a nivel mundial y nacional, haciendo un llamado al sector sanitario, en el sentido de desarrollar estrategias que propendan por la salud no solo del paciente sino del cuidador, dado que el bienestar del primero depende en gran medida del segundo.

8. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran que la mayoría de los cuidadores formales son mujeres, las edades varían entre 19 y 62 años. La prevalencia del sexo femenino es acorde a lo encontrado en diferentes estudios que reportan mayor frecuencia de cuidadoras mujeres tanto informales como formales (32). Una de las principales razones de que la mayoría de los cuidadores sean mujeres radica en que, a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa (32)

En el estudio realizado por Cerquera y cols, se encontró que el nivel de escolaridad fue el secundario con un 43%, en comparación con nuestro estudio en el cual se evidenció que las cuidadoras han recibido formación en algún programa técnico con un 52,5%, por lo tanto están capacitadas para el manejo de la enfermedad y el cuidado que requieren los adultos mayores, labor por la cual reciben una remuneración económica (33).

La calidad de vida puede verse comprometida con alteraciones físicas que llevan a un declive significativo de la salud, aspecto que se deja de lado por el hecho de tener que cuidar, siendo la sobrecarga física el aspecto que tiene mayor impacto, aumentando el riesgo del síndrome del cuidador. Un estudio realizado en el hospital general de enfermería en Latacunga, encontró que los síntomas músculo esqueléticos más comunes en enfermeras cuidadoras son los dolores lumbares en un 63%, el 15% en manos, el 12% en hombros y el 10% en tobillos y pies, debido a las posturas inadecuadas mantenidas durante su labor como son la posición de pie, al caminar y levantar cargas (34). En comparación a nuestro estudio se evidenció que las zonas que tienen mayor impacto a padecer dolor en los cuidadores son a nivel de la zona baja de la espalda con 37,5% los últimos doce meses y 12,5% los últimos siete días, seguido del cuello con 12,5% los últimos doce meses y 7,5% los últimos siete días, esto es debido al estrés que padecen, las malas posturas y el peso que movilizan.

En la investigación “Relación entre la calidad de vida en salud y la carga física en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer” Se encontró que la calidad de vida en salud de los cuidadores se ve claramente afectada por los esfuerzos físicos que realizan

en su labor de cuidar, según la cantidad de tiempo invertido aumenta la dependencia física, presentaron limitación por realizar únicamente actividades de las que depende el enfermo, descuidando la propia salud. Se encontró trastornos osteomusculares y dolores asociados, patologías cardiovasculares, a causa de que en algún momento los cuidadores no hacen otra cosa más que estar pendientes del enfermo, no toman en cuenta su salud o las posturas que realizan constante mente, en nuestra investigación se encuentran ciertas coincidencias ya que los cuidadores estaban todos los días con el paciente y no eran conscientes de esas posturas inadecuadas que realizan y las enfermedades a los que son propensos como son, cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia, cifosis, epicondilitis, entre otras(35).

9. RECOMENDACIONES

Continuar con la investigación y ampliar la muestra con el fin de que los resultados permitan posteriormente proponer programas de intervención para esta población

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez E. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. Invest Medicoquir[Internet]. 2012; 4(1):107-121.
2. Marcial N, Pena B, Escobedo J, Marcias A. Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, Puebla. soc.2016;26(48): 277-303.
3. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología.2003;35(2): 161-164
4. Fernández J, Fernández M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Pública. 2010; 84(2): 169-184.
5. Vinaccia S, Quiceno J, Lozano F, Romero S. Calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, felicidad y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Acta.colomb.psicol.2017;20(1):49-59
6. Pacheco M, Michelena M, Mora R, Miranda O. Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios. Rev Cub Med Mil. 2014; 43(2): 157-168.
7. Venegas B. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. Aquichan. 2009; 6(1): 2027-5374
8. Cerquera A, Cordoba C, Galvis M. Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un



- estudio sobre cuidadores formales e informales. Pensamiento psicológico. 2014; 12(1): 149-167.
9. Hernández Zamora, ZE, Ehrenzweig Sánchez, Y. Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2008;13(1):127-142
 10. Hernandez E, Murillo S, Solano A, Enriquez M. Riesgo de alteraciones músculo-esqueléticas en cuidadores informales de personas con parálisis cerebral. Rev. Psicología del Deporte. 2017; 26(2): 107-112
 11. DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística[Internet]. Colombia: DANE;2005. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/censos/presentaciones/poblacion_adulto_mayor.pdf
 12. FIAPAM: federación iberoamericana de asociaciones de personas adultas mayores[Internet]. Disponible en: <https://fiapam.org/documentacion/dependencia-y-cuidados/>
 13. Cerquera A, Granados F, Buitrago A. sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzheimer. Editorial bonaventuriana.2012; 6(1): 35-45
 14. Bermejo J, Villacieros M, Hassoun H. Diseño y validación de dos escalas de medida de sobrecarga y necesidad de apoyo profesional para cuidadores formales e informales. Gerokomos. 2017;28(3):116-120.
 15. Bueno J, Gamez M, Avila P, Leiva L. Estrategia fisioterapéutica de educación y prevención en salud para cuidadoras de población bajo protección. REV. Movimiento Científico. 2016; 10(2): 56-70.
 16. Urzua A. Caqueo-Uriza. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. TERAPIA PSICOLOGICA.2012;30(1): 61-71
 17. Ribot C, Leyva Y, Moncada C, Alfonso R. Calidad de vida y demencia. AMC [Internet]. 2016 Feb; 20(1): 77-86.
 18. Matabanchoy Tulcán Sonia Maritza. SALUD EN EL TRABAJO. Univ. Salud. 2012; 14 (1): 87-102.
 19. Salas C, Garzon M. La noción de calidad de vida y su medición. Rev.CES.2013; 4(1): 36-46
 20. Noguera P, Nasbine S, Larcher M, Spadoti R, Haas V. sobrecarga del cuidado e impacto en la calidad de vida relacionada a la salud de los cuidadores de individuos



con lesión medular. RLAE. 2012;20(6):1048-56

21. URZÚA M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev. méd. Chile. 2010;138(3): 358-365.
22. Galvis M, Cerquera A. Artículos de investigación relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzhéimer. Psicol. caribe. 2016; 33(2): 190-205.
23. Rogero J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev. Esp. Salud Pública. 2009; 83(3): 393-405.
24. Gomez M. Cuidado formal e informal de personas mayores dependientes. REF WORKS. Tesis de maestria;2016
25. Espín Andrade Ana Margarita. "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cubana Salud Pública. 2009;35(2).
26. Angulo A, Ramirez A. Relación entre la calidad de vida en salud y la carga física en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. Rev Colombiana De Salud Ocupacional.2016; 6(1):20-26.
27. Avila J, Vergara M. Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. Aquichan.2014;14(3): 417-429
28. Achury D, Castaño H, Gomez L, Guevara N. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. The Free Library.2011;13(1):27-46
29. Giraldo M Clara Inés, Franco A Gloria María, Correa B Luz Stella, Salazar H María Olanda, Tamayo V Adriana María. Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2005 July; 23(2):7-15.
30. Ruiz A, Nava M. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Mediographic.2012;11(3): 169, 2012
31. Agencia europea para la seguridad y la salud en el trabajo[Internet].2015.disponible: <https://osha.europa.eu/es/themes/musculoskeletal-disorders>
32. González Guerra Anay, Fonseca Fernández Marianela, Valladares González Anais, López Angulo Laura. Factores moduladores de resiliencia y sobrecarga en cuidadores principales de pacientes oncológicos avanzados. Rev. Finlay. 2017; 7(1



): 26-32. 1

33. Cerquera Córdoba, AM, Pabón Poches, DK, Granados Latorre, FJ, Galvis Aparicio, MJ. Sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer y la relación con su ingreso salarial. *Psicogente* [Internet]. 2016;19(36):240-251. 2

34. Masapanta C, Melissa A. Lesiones musculoesqueléticas detectadas en el personal profesional de enfermería del hospital general de Latacunga y su relación con la aplicación de mecánica corporal

35. flores N, Jenaro C, Moro L, Tomsa R. Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *Eur. J. investig. health psycho. educa* .2014; 4(2):79-88

*Adjuntar: Forman parte de los anexos del trabajo y deben ir enumerados según orden lógico en que se presentan a continuación:

11. Cuadro de operacionalización de variables.

MACROVARIABLE	NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa	De razón	18 años, 20 años....
	Sexo	Características anatómicas y fisiológicas que distinguen a hombres y a mujeres.	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función si tiene la persona o no tiene una pareja.	Cualitativo	Nominal	Casado Viudo Divorciado Soltero
	Tiempo de cuidado	Periodo determinado durante el que el cuidador ha ejercido como tal	Cuantitativa	Intervalo	< 1 año 1-3 años 4-6 años 7-9 años >10
	Recreación familiar	Actividades recreativas en familia	Cualitativo	Nominal	Si No

	Remuneración	Cantidad de dinero que se da a una persona como pago por un trabajo o un servicio	Cuantitativa	Intervalo	Si No
	Escolaridad	Grado terminado en el que se encuentra durante la aplicación de la encuesta	Cualitativa	Ordinal	Primaria, secundaria tecnólogo técnico universitario
Antropometría	IMC	Medida entre el peso y la talla que presenta el paciente en el momento de la investigación	cualitativa	Nominal	Bajo peso Peso normal Sobre peso Obesidad
	Perímetro abdominal	Es la cantidad de grasa en la zona abdominal	Cuantitativa	Nivel de razón	±88cm: Mujeres ±100cm: Hombres
Síntomas osteomusculares	Molestias en los últimos 7 días o 12 meses	Dolores o irritaciones en una zona específica	Cualitativa	Nominal	Si/no
Carga y fuerzas soportada	Carga	Es el peso que soportar algo o alguien, sobre su materia	Cuantitativa	Intervalo	-10kg 10-20kg +20kg
Calidad de vida relacionada con la salud	Salud física	Consiste en el bienestar del cuerpo y el óptimo funcionamiento del organismo de los individuos	Cuantitativa	De razón	0-100
	Salud mental	Es el estado de bienestar psicológico, que permite al sujeto emplear sus habilidades sociales y sentimentales para desempeñarse con éxito en las interacciones cotidianas.	Cuantitativa	De razón	0-100



12. Cronograma de actividades del proyecto.

 CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO -INSTITUTO DE INVESTIGACIONES- F-AC-11t-GI Versión 1												
Proyecto: calidad de vida relacionada con la salud y alteraciones musculo esqueléticas en cuidadores formales de adultos mayores de la ciudad de barranquilla											AÑO 2018	
ACTIVIDAD	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
FASE 1. Diseño del proyecto												
Actividad 1.			x									
Actividad 2.				x								
Actividad 3.					x							
PRODUCTOS FASE 1												
Producto 1.					x							
FASE 2. Trabajo de campo												
Actividad 1					x							
Actividad 2.						x						
Actividad 3.												
PRODUCTOS FASE 2												
Producto 1.								x				
Producto 2.									x			
Producto 3.										x		
FASE 3. Análisis de los resultados												
Actividad 1.										x		
PRODUCTOS FASE 3												
Producto 1.											x	
Producto 2.												x
FASE 4. Divulgación de los resultados												
Actividad 1.												
Actividad 2.												
Actividad 3.												
PRODUCTOS FASE 4												
Producto 1.												
Producto 2.												

13. Presupuesto

MATERIALES	GASTOS
Impresiones	10000
Transporte	100000
Papelería	50000
Poster	20000
TOTAL	180000