

**UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA CIENCIAS DEL DEPORTE
MAESTRIA EN SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO**

**IMPLEMENTACIÓN DE MÓDULOS EDUCATIVOS DE ACTIVIDAD FÍSICA-
RECREATIVA EN MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES
EDUCATIVAS ESPECIALES, COMO MEDIOS PARA REDUCIR NIVELES DE
ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ALGIAS CORPORALES**

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Postgrado
en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud, para optar por el
título de Magíster Scientiae

Johanna Castro Jiménez

Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica

2010

**IMPLEMENTACIÓN DE MÓDULOS EDUCATIVOS DE ACTIVIDAD FÍSICA-
RECREATIVA EN MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES
EDUCATIVAS ESPECIALES COMO MEDIOS PARA REDUCIR NIVELES DE
ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ALGIAS CORPORALES.**

JOHANNA CASTRO JIMÉNEZ

**Tesis sometida a la consideración del Tribunal de Tesis de Posgrado
en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud, para optar
por el título de Magíster Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos
por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional. Heredia,
Costa Rica**

Miembros del Tribunal Examinador

Representante Consejo Central de Posgrado o representante

M.Sc. Jorge Salas
Director Maestría en Salud Integral
y Movimiento Humano

M. Sc. Ayax Álvarez
Tutor

M. Sc. Andrea Mora Campos
Asesora

M. Sc. Tatiana Fonseca Smith
Asesora

Johanna Castro Jiménez
Sustentante

Tesis sometida a la consideración del Tribunal de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud, para optar por el título de Magíster Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar los efectos que ejercen los módulos educativos y de ejercicio físico recreativo en las madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales del Centro de Enseñanza Especial de Heredia, que presentan estados de estrés, depresión y algías corporales. Sujetos: once madres con edades desde 17 a los 58 años de edad, todas son amas de casa y residentes de Heredia. Se utilizaron los siguientes instrumentos: cuestionario para recolectar información general de las madres, Cuestionario de Malestares Generales y Cuestionario de Vivencia del Estrés en la Última Semana (Allmer et al, 1991) y el Inventario de Depresión de Aaron Beck (Hautzinger et al, 1994). Las pruebas fueron aplicadas en dos ocasiones: un pretest al inicio del programa y un posttest en la semana nueve, donde se realizó la actividad de cierre. El total de semanas del programa fueron ocho. El tratamiento consistió en la implementación de los módulos que estaban compuestos de una charla teórica de temas como: beneficios del ejercicio físico recreativo, algias vertebrales, inteligencia emocional, nutrición, relajación entre otros y a la vez ofrecer diferentes actividades físicas recreativas. Análisis estadístico: la comparación de los datos al inicio y al final se realizó aplicando una prueba no paramétrica de dos muestras relacionadas de rangos con signos en pares de la prueba de Wilcoxon, porcentajes de cambio y análisis de datos cualitativos. Se concluye que hay diferencias significativas en las variables estrés y depresión; los sujetos tuvieron una tendencia a mejorar con porcentajes de cambio positivos.

DESCRIPTORES

Madres con niños y niñas con necesidades educativas especiales, estrés, depresión, algias corporales y módulos educativos de ejercicio físico recreativo.

DEDICATORIA

En especial a mi mejor amiga, mi madre, que ha sido un ejemplo a seguir y siempre ha estado a mi lado motivándome a alcanzar mis metas en la vida. Y a todas las madres de niños y niñas especiales que me han dejado compartir el amor por sus hijos e hijas y la grandeza de ser mujer.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme otra oportunidad de vida y dejarme culminar una de mis metas. A todas las personas que me ayudaron en los diferentes momentos de la realización de este trabajo y en especial a mi familia por su apoyo incondicional.

ÍNDICE

	Pág
Resumen	iv
Descriptores	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Capítulo I Introducción	1
1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Justificación.....	6
1.3. Objetivo general.....	13
1.3.1. Objetivos específicos.....	13
1.4. Conceptos claves.....	14
Capítulo II Marco conceptual	16
2.1. Concepto y estructura de la familia.....	16
2.2. Generalidades de la maternidad.....	17
2.3. Fases de duelo.....	19
2.4. Factores psicológicos.....	22
2.4.1. Depresión.....	23
2.4.2. Estrés.....	26
2.5. Ejercicio físico.....	34
2.5.1. Beneficios del ejercicio físico.....	37
Capítulo III Metodología	41
3.1. Sujetos.....	41
3.2. Instrumentos y materiales.....	42
3.2.1. Cuestionario de “Información General ”.....	42
3.2.2. Cuestionario de “Malestares Generales”.....	42
3.2.3. Cuestionario de “Vivencias del Estrés en la Última Semana”.....	43

3.2.4. “Inventario de la Depresión de Aaron Beck”	44
3.3. Desarrollo de los módulos educativos de actividad física- recreativa....	46
Capítulo IV Resultados	54
4.1.2. Cuestionario de Información General.....	54
4.1.3. Cuestionario de Malestares Generales.....	59
4.1.4. Cuestionario de Vivencias del Estrés de la Última Semana.....	61
4.1.5. Inventario de la depresión de Aaron Beck.....	63
Capítulo V Discusión	68
Capítulo VI Conclusiones	75
Capítulo VII Recomendaciones	78
Referencias bibliográficas	81
Anexos	88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1	Distribución de porcentajes por edades de las madres participantes del estudio	55
-----------	--	-------	----

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1	Puntajes totales de la interpretación del “Inventario de la Depresión de Aaron Beck”	.....	45
Tabla 2	Estadística descriptiva e inferencial y porcentajes de cambio en los ítems del cuestionario “Malestar General” entre el pretest y el postest	.....	59
Tabla 3	Estadística descriptiva e inferencial y porcentajes de cambio en los ítems del cuestionario “Vivencias del estrés en la última semana” entre el pretest y el postest	.....	61
Tabla 4	Estadística descriptiva e inferencial y porcentajes de cambio en los ítems del cuestionario “Inventario de la Depresión de Aarón Beck” entre el pretest y el postest	.....	63
Tabla 5	Estadística descriptiva de las frecuencias absolutas y relativas en los ítems del cuestionario “Malestar General” entre el pretest y el postest	.....	65
Tabla 6	Estadística descriptiva de las frecuencias absolutas y relativas en los ítems del cuestionario “Vivencias del estrés en la última semana” entre el pretest y el postest	.....	66
Tabla 7	Estadística descriptiva de las frecuencias absolutas y relativas en los ítems del cuestionario “Inventario de la Depresión de Aarón Beck” entre el pretest y el postest	.....	67

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

1. Planteamiento del Problema

Actualmente hay en el mundo más de seiscientos millones de personas con discapacidad. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, expresados en la “Carta Para los años ochenta”, una de cada diez personas presenta discapacidad por causa de una deficiencia física, psíquica o sensorial. Se estima que la existencia de la discapacidad afecta al veinticinco por ciento de los miembros de la sociedad (JICA y CNREE, 2005).

La información más reciente del número de personas con discapacidad en el país, proviene del Censo de Población y Vivienda realizado en junio del año 2000, realizado por INEC (Instituto Nacional de Estadística de Costa Rica). Siendo la población total de Costa Rica de 3. 810.179 personas; de ese número, 203.731 son personas que representan algún tipo de discapacidad. De acuerdo a esta información, se estima que en Costa Rica el 5,3 de la población presenta alguna discapacidad (JICA y CNREE, 2005).

Sobre el tema de la enseñanza especial los datos del MEP (Ministerio de Educación Pública) indican que el número de estudiantes en educación especial matriculados en servicios de apoyo durante el año 2004 fue de 47.716 estudiantes y para el 2005 fue de 52.740 estudiantes. En cuanto a la atención directa, también

existió un incremento de estudiantes matriculados: en el 2004 el MEP registró 13612 estudiantes y para el 2005 esta cifra fue de 14033 estudiantes (JICA y CNREE, 2005).

Estos datos estadísticos anteriormente mencionados sobre la población especial en Costa Rica, muestran que existe en nuestra sociedad familias con algún integrante que presenta discapacidad y se enfrentan el diario vivir, muchas veces con poca información de dicha discapacidad, cambios de roles dentro del hogar, sentimientos de culpa, no aceptación de la situación, entre otros.

Algunas de las madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales desde el momento que reciben la noticia que su hijo (a) presenta una discapacidad, se someten a mucha presión e incertidumbre debido a la calidad de información que deben tener, pues desde edad temprana se debe iniciar con el control médico y educativo del niño (a), donde pasarán por varias especialidades médicas y de rehabilitación, que van desde genética, cardiología, neurología, ortopedia, oftalmología, terapia física, terapia de lenguaje, entre otras. Además, es frecuente que en este proceso las madres presenten cambios en su estado anímico como: ansiedad, miedo, ira, culpa, y en casos excepcionales, deseos de suicidarse (Skotko y Canal, 2004).

Según la revisión bibliográfica y consultas a expertos las investigaciones o experiencias en el abordaje del tema en estudio, se han centrado en evaluar en

las madres de niños (as) con discapacidad, los niveles de depresión, la desesperanza, el estrés, los cambios de estilos de vida que deben asumir las familias, cuando de manera inesperada llega un integrante de la familia con discapacidad.

Una interesante investigación, en la sociedad australiana muestra que la mayoría de las familias que tienen un niño con discapacidad física o intelectual, se hacen cargo de ese niño a través de su vida; las madres soportan la mayor parte de la carga asociada con el cuidado de sus hijos, sin embargo, poco se conoce sobre el efecto en la salud durante ese proceso. Un estudio realizado con cinco madres australianas con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre su salud y el bienestar de las madres que tienen un hijo con una discapacidad intelectual de cero a cinco años, revela que la salud de las madres esta en segundo plano en el tiempo, espacio, porque el horizonte de su conciencia se dirige hacia las necesidades del niño con discapacidad y no a las necesidades de ellas mismas (Mackey y Goddard, 2006).

En la sociedad norteamericana, las mujeres han asumido tradicionalmente la responsabilidad primaria del cuidado de niños con discapacidad, sin embargo, son poco realistas en pensar que las mujeres continúen asumiendo este papel, sin ayuda adicional en la parte emocional, informativa y apoyo económico por medio del sistema de servicio social. Se realizó un estudio en un grupo de madres de niños con discapacidad severa que trabajan fuera de casa y otro grupo en que las madres se encuentran en el hogar. Dentro de los resultados se menciona que las

madres que trabajan no reciben gran ayuda en los quehaceres domésticos diarios, en relación con sus contrapartes que no trabajaban fuera de la casa. Este hallazgo indica que mujeres que escogen unirse a la fuerza de trabajo asumen el papel doble de ama de casa y trabajador (Marcenko y Meyers, 1991).

Marcenko y Meyers (1991), puntualizan sobre los sistemas sociales informales de apoyo a las familias de niños con discapacidad severas en Estados Unidos, donde se demuestra que las madres toman la mayor responsabilidad diaria del cuidado de sus niños y que la ayuda que reciben por parte de los otros miembros de la familia es muy poca; al igual se encuentran diferencias entre las madres casadas y las solteras, estas últimas reciben menos apoyo familiar.

Otro estudio realizado a 187 madres de menores con discapacidad intelectual, investiga sobre la depresión que experimentan las madres en la crianza de sus hijos e hijas, de igual manera la permanente actividad por las tareas tan complejas que demandan los niños con discapacidad, desde la noticia inesperada del diagnóstico de sus hijos (as), que con frecuencia induce a una crisis a nivel emocional y que la misma continua con el paso del tiempo (Glidden y Schoolcraft, 2003).

En Grecia se realizó un estudio donde se evaluaron las exigencias de tiempo impuestas a las madres de niños con síndrome de Down, y la posible relación entre esas exigencias y el estrés que experimentan las madres. Esta investigación se comparó con otras madres de niños sin discapacidad. Los

resultados revelaron que las madres de menores con síndrome de Down, presentan exigencias de mayor tiempo de cuidado de los niños y que las que tienen niños sin discapacidad experimentan mayor tiempo de ocio, menos exigencias en actividades educativas y en el cuidado de sus hijos. Por otra parte, las madres de niños con síndrome de Down perciben el tiempo que pasan con su hijo menos positivo que las madres del grupo en comparación. En relación con el estrés experimentado, parece que las madres de niños con síndrome de Down difieren significativamente de las madres de hijos sin discapacidad, no sólo en el nivel de la tensión, además las actividades relacionadas con la crianza generan un nivel de estrés mayor (Padeliadu, 1998).

Otra investigación en Nueva Zelanda nos indica que la crianza de los niños con o sin discapacidad recae siempre en las madres y quedan ausentes las experiencias de ocio por la crianza de los hijos (as). Estas madres tienen dificultades para comprender el concepto de ocio aplicado a ellas mismas. En consecuencia, el estudio reveló que los esposos tienen más probabilidades de continuar sus hábitos de soltero, después del nacimiento del primer hijo, mientras que el tiempo personal de las madres fue consumido por las exigencias y los retos asociados con la maternidad (Lamb, 2008).

En estos grupos de madres de niños y niñas con necesidades especiales, es de suma importancia la implementación de un programa de ejercicios de moderada intensidad, para obtener beneficios como lo expresa el ACSM (2009) que indica los beneficios de la actividad física mejoran el sistema cardiovascular,

aumentan la relajación muscular, y ayuda a las madres que presentan problemas psicológicos (depresión, estrés, cambios de estado de ánimo). Los estilos de vida sedentarios fortalecen la mala situación mental. Puntualizando los beneficios del ejercicio físico expresados por ACSM (2009), mejora la función cardíaca, reduce los factores de riesgo coronario, pero principalmente, se obtienen beneficios en la disminución de la ansiedad, depresión, lo que genera como resultado un aumento en la sensación de bienestar. En el caso de las madres de niños con discapacidad, es de suma importancia el diseño de un plan de ejercicios físicos de baja a moderada intensidad para obtener los beneficios fisiológicos y psíquicos que nos da la participación en una actividad física programada (ACSM, 2009).

Por las investigaciones mencionadas anteriormente y los beneficios que se obtienen de la actividad física como un medio de canalizar la sintomatología de los malestares generales, estrés y depresión de las madres de niños (as) con discapacidad es que se surge la siguiente pregunta:

¿Cuánto contribuye un módulo educativo y de ejercicio físico recreativo en el nivel del estado somático y psicológico en madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales?

1.2. Justificación

Los cambios generados en el ámbito familiar se han dado lentamente, dentro de los que encontramos la división de funciones y el desempeño de diferentes roles tradicionales dentro de la familia.

Socialmente, se le atribuye al hombre (latinoamericano) la función de proveedor, él debe ser fuerte, poco sensible, poco afectuoso, no debe mostrar sus sentimientos porque es signo de debilidad. Asimismo, sus funciones como padre están muy delimitadas, se encarga de proveer todo lo económico, y no toma responsabilidad del trabajo doméstico. Por otra parte, la responsabilidad del quehacer doméstico se le asigna a la mujer tanto como la crianza y la educación de los hijos (Campabadal, 2004).

Por lo anterior, las madres de familia son elementos claves en el desarrollo del niño (a) y su participación en el proceso de la rehabilitación integral ha de ser de pleno compromiso, quienes durante muchos años se han relacionado con los padres de niños (as) con discapacidades, han palpado el dolor y la impotencia que ellos viven. Se han enfrentado con su angustia, sus limitaciones y múltiples necesidades. Estos padres de pronto se han visto ante una situación que no esperaban, para la cual no estaban preparados, por lo cual necesitan un programa de orientación permanente que les permita familiarizarse con métodos, técnicas y conceptos que harán más llevadera y exitosa la relación con su hijo (a) y les ayude a sentirse más seguros y relajados (Herrera y Ovarés, 1996).

En la actualidad, la mujer tiene un papel muy relevante en la sociedad, ya que se desempeña como profesional pero aún continúa siendo ama de casa, señora de su hogar y madre de sus hijos. Sin embargo, esto le provoca que asuma un papel de supermujer, porque asumió nuevos papeles sin dejar de lado los que ya tenía. Este tipo de mujer con muchas obligaciones y un nivel de

exigencia alto, es representativa de la mujer actual, sobre todo de la mujer trabajadora, profesional o dirigente.

Como lo expresa Campabadal, “La mujer ha tenido que enfrentar el conflicto entre el legado cultural y el mandato social de cambio, porque ha tenido que luchar contra los valores culturales transmitidos con un valor mítico, donde se asigna por naturaleza el papel de madre, tierna, débil, dedicada, sumisa, hacendosa, cuidadora” (2004, p.71).

La madre que trabaja fuera de casa se encuentra con grandes problemas frente a la discapacidad de su hijo (a), y ante el programa de rehabilitación que requieren los niños (as) especiales, pues los permisos laborales son mal vistos. También este hijo (a) extremadamente dependiente demandará gran parte de su tiempo e irá absorbiendo las áreas de la relación fuera del hogar. Cuando nace un (a) integrante de la familia con discapacidad, los demás miembros de la familia adquieren nuevos papeles y el sistema familiar se reorganiza. Dicha reorganización modifica las expectativas y actitudes de los integrantes de la familia (Shea y Bauer, 1999).

Es habitual que la adaptación de las familias a los miembros con discapacidad se percibe como la progresión a través de una serie de etapas psicológicas: conmoción, negación, ira, depresión y aceptación (Shea y Bauer, 1999).

Es comprensible que los padres y madres de niños (as) especiales sientan una tristeza crónica, un proceso de aflicción persistente a lo largo de la vida, exponen que a través de entrevistas con padres encontraron que a pesar de la adaptación general, todos experimentan “periodos de depresión” (Shea y Bauer, 1999).

Estos sentimientos recurrentes de aflicción se desencadenaban por mitos no alcanzados, preocupaciones respecto al futuro e introspección. Kubler-Ross (1993) expresa con respecto al duelo que hay una serie de fases cuyo objetivo es ir preparando al individuo para enfrentarse a la realidad que está viviendo, las diferentes decisiones que debe tomar, las exigencias y las tareas contradictorias con las que debe cumplir y sus propias reacciones emocionales y ambivalentes. Las que se dividen en: negación, miedo y frustración, cólera, manipulación, depresión, y aceptación.

El proceso de duelo por el que se ven enfrentadas la familia que tiene un miembro con discapacidad, altera las funciones personales en todos los niveles: laboral, marital, familiar, económico y sexual, dando lugar a que se produzcan múltiples conflictos que necesitan ser resueltos. Constituyen una ruptura en la vida cotidiana e implica acciones de reajuste en los miembros del grupo familiar, ya que puede reforzar o debilitar la unión de la pareja (Campabadal, 2004).

Las situaciones de duelo son circunstancias que causan dolor, frustración y a menudo desesperación en las personas que las padecen. Ante los cambios, las

personas necesitan readaptarse para volver poco a poco a la realidad. Por ejemplo Shea y Bauer (1999), mencionan los resultados obtenidos por Robbins donde se puntualiza que hay una fuerte relación inversa entre la tensión psicológica que la madre experimenta y el progreso del niño o la niña, es decir que las madres que observaron más progreso en sus hijos (as) indicaron tener menos tensión psicológica.

Al considerar la adaptación familiar ante el nacimiento o diagnóstico de un hijo (a) con discapacidad como una transición, se hacen evidentes las complejas interacciones de las múltiples variables implicadas. La adaptación de la familia es muy individualizada e incluye un conjunto muy complejo de percepciones, indicadores de posición social, experiencias, recursos personales, apoyos sociales y características del niño (a) con discapacidad. Por las necesidades específicas que conlleva el tener un miembro de la familia con discapacidad, se debe partir de renunciar al modelo rehabilitador en lo que se refiere a discapacidad y crear una utilización real del modelo de vida independiente que les permita a las personas con necesidades especiales participar activamente en la sociedad junto a su entorno familiar (Campabadal, 2004).

Para tener un niño (a) o joven con discapacidad socialmente integrada a su entorno familiar y comunal es necesario que el sistema familiar sea funcional para mantener: límites claros, canales de comunicación abiertos, actitudes realistas y de cooperación, apertura a la resolución de conflictos, valoración de la

independencia y la autosuficiencia y la expresión franca de sentimientos; para lograr esta meta en un desarrollo integral (Campabadal, 2004).

Lo anterior demuestra que las familias con un miembro con discapacidad experimentan cambios en el estado anímico, cambios de actividades diarias aunque no estén preparados deben enfrentar la realidad existente. Es por ello que a través de la actividad física estas familias podrían experimentar los beneficios del ejercicio físico.

Cabe destacar que la práctica de una actividad física habitual tiene repercusiones positivas sobre el bienestar personal y la salud de las personas, contrarrestando o reduciendo los efectos y consecuencias negativas de los estilos de vida modernos, característicos de las sociedades desarrolladas. Los beneficios de actividad física en la mujer pueden darse en el nivel físico, psicológicos, sociales y en prevención de enfermedades (Cabañas et al, 2004).

Según, ACSM (2009) la realización de actividad física de forma continuada prolonga la longevidad y protege contra el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, ataques cardíacos, obesidad, hipertensión, e incluso diversos tipos de cáncer.

En general, las mujeres asumen la mayor responsabilidad del hogar, y una alternativa es reconocer la actividad física como un factor importante para la mejoría de la salud y la forma física, además de que con la edad se valora más el

factor salud y aumenta la motivación para relacionarse con otras personas. Por otro lado, no existe inconveniente en ninguna edad para la práctica de actividad física. Los beneficios que brinda el ejercicio a la mujer van dirigidos a todas las edades, pueden llegar a estar en forma, sentirse más sanas y además pueden encontrar un lugar donde relacionarse y hacer amistades (Cabañas, 2004).

En la actualidad en la sociedad costarricense no hay evidencia escrita sobre estudios que traten del efecto de un programa de actividad física recreativa en madres con niños (as) de necesidades educativas especiales. A partir de los enunciados desarrollados en el marco teórico, esta investigación pretende aportar datos que contribuyan a confirmar los efectos de un programa diseñado para este fin.

1.3. Objetivo General

Evaluar el impacto a nivel físico y emocional de un módulo de charlas educativas y ejercicio físico recreativo en madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales del Centro de Enseñanza Especial de Heredia.

1.3.1. Objetivos Específicos

Diseñar y aplicar los módulos de charlas educativas y ejercicio físico mediante una serie de temas relacionados para mejorar la calidad de vida de las madres.

Analizar en qué medida el módulo educativo y un programa de ejercicio físico recreativo reduce la incidencia de los malestares generales en madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales.

Determinar en qué medida el módulo educativo y un programa de ejercicio físico recreativo contribuye a reducir los niveles de estrés en madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales.

Identificar el efecto que los módulos educativos y de ejercicio físico recreativo ejercen en las madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales para disminuir los estados de depresión.

1.4. Conceptos claves

Estado anímico: emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado ánimo, la depresión, alegría, cólera y ansiedad. A diferencia del afecto, que se refiere a cambios más fluctuantes en el "tiempo" emocional, el estado de ánimo se refiere a un "clima" emocional más persistente y sostenido (DSM-IV –TR ,2002).

Depresión: expresión más intensa del estado de humor disfórico, calificada como un síntoma, a un conjunto de signos y síntomas que denominaran síndrome depresivo, y, al menos en algunos casos, con una etiología neurobiológica y una patofisiología que constituye una enfermedad. Un síndrome depresivo es un conjunto covariante de síntomas relacionados (tristeza, insomnio, pérdida de peso, entre otras) (DSM-IV –TR, 2002).

Estrés: comportamiento heredado y adaptativo que implica una activación neuroendocrina y emocional frente a un estímulo percibido como amenazante y excesivo en relación a los recursos que la persona percibe o piensa que tiene para enfrentarlo y mantener su integridad y bienestar (Arimary, 2000).

Ejercicio físico: es la actividad física, planificada, estructurada y repetitiva con el objetivo de mejorar o mantener uno o más componentes de la aptitud física y que se manifiesta como una mayor habilidad para ejecutar la actividad física (ACSM, 2009).

Relajación: acción y efecto de relajar. Disminución de la tensión, estado contrario a contracción, se aplica especialmente a los músculos (Mosby, 2004).

Malestar general: dolor; sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales. Es un síntoma cardinal de la inflamación y es valorable en el diagnóstico de un gran número de trastornos y procesos. Puede ser leve o grave, crónico, agudo, punzante, sordo o vivo, localizado o difuso (Diccionario de Medicina Océano Mosby, 2000).

Módulo educativo de ejercicio físico recreativo: es el programa diseñado con el fin de brindarle información educativa de diferentes temas como: beneficios del ejercicio físico, algias vertebrales, inteligencia emocional, nutrición, relajación entre otros y la vez ofrecer diferentes actividades físicas recreativas a las madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales (definición operacional).

Capítulo II

MARCO CONCEPTUAL

2.1. Concepto y estructura de la familia

La familia es una estructura social que se somete a constantes variaciones de acuerdo a los cambios que se generan en la sociedad actual. Según Campabadal (2004) “la familia constituye el núcleo primario, porque es donde el sujeto inscribe sus sentimientos, vivencias, aprende a comportarse en la sociedad y le da significado a su vida, ya que prepara a los miembros, por medio de la socialización, para que se adapten al sistema social en el cual viven y al mismo tiempo brinda estabilidad a las personas adultas, al igual que contribuye a mantener el equilibrio y el orden social” (p. 61). En otras palabras se pueden desarrollar las funciones de la familia de una manera positiva cada uno de los integrantes de la familia debe ejercer una relación directa entre el individuo, familia y sociedad, ya que su función primordial es velar por el equilibrio físico y emocional de cada uno de sus integrantes de manera que esta se mantenga y promueva las condiciones idóneas para desarrollarse a través del tiempo.

Según Fernández (2000), las representaciones sociales acerca de lo que significa ser hombre o mujer, propias para una cultura, se incorporan a la subjetividad individual en creciente y activa elaboración. A las mujeres siempre se les ha exigido llevar las riendas de la educación de los hijos (as), la atención a enfermos (as), ancianos (as), esposo, brindar afecto, desde su condición de

madres, esposas, protectoras, sacrificadas, orientadas a los demás a la vez que dejando de ser .

2.2. Generalidades de la maternidad

La maternidad es cada vez más una derivación del amor, la libertad, y menos del fatalismo y la resignación. Se acentúa así, la autonomía de las mujeres con respecto al hombre. Justo en la segunda mitad de este siglo, las mujeres comienzan a acceder a espacios antes vedados para ellas, son cada vez más las que trabajan fuera del hogar, que se convierten en proveedoras contribuyentes o absolutas de sus familias, se independizan económicamente, ocupan responsabilidades y encuentran legítimos espacios de realización en la vida laboral (Fernández, 2000).

Menciona Alarcón (2006), que en las últimas décadas la mujer ha tomado un rol mucho más laborioso, ya que puede postergar obligaciones maternas y matrimoniales. Esto genera una delgada línea entre un estado saludable y un estado de estrés. Cabe destacar que a pesar de estos cambios de roles de vida, al crecer la familia y al querer ser madre o padre, siempre la expectativa es de tener un niño sano, cuando esto cambia se presentan sentimientos de culpa, tristeza, incertidumbre hacia el futuro, desconocimiento de la discapacidad de su hijo.

Según Rossel (2004), el nacimiento de un bebé suele ser un instante colmado de alegría y satisfacción, sin embargo, cuando el bebé expresa una diferencia visible que escapa a la normalidad, se rompe inevitablemente el

proceso de vinculación afectiva que la naturaleza había previsto. Esta situación se intensifica especialmente frente a las discapacidades visibles como ocurre con el síndrome de Down, parálisis cerebral infantil y otros síndromes, pues la presión del medio por falta de preparación del equipo de salud, los prejuicios personales y la condición de salud del niño (a), sólo dificultan el apego y la vinculación afectiva entre madre e hijo (a).

Para Bowlby (1977), el apego provoca una necesidad de protección como resultado de una conducta normal tanto en los niños (as) como en los adultos. Cuando esta conducta se ve amenazada como por ejemplo la expectativa del desarrollo de un “hijo (a) sano (a)”, se podrían dar como consecuencia manifestaciones de ansiedad y fuerte protesta emocional y en dichas circunstancias se activan las conductas de apego más poderosas como aferrarse, llorar y en algunas ocasiones reaccionar con enfado. Si el peligro o la amenaza que pueda sentir la madre hacia su hijo (a) no desaparecen, puede sobrevenir el rechazo, la apatía y el desespero.

A partir de esto, es importante elaborar el proceso del duelo en la madre sobre la condición de su hijo (a) y el cambio que a partir del diagnóstico del niño (a) se deberá realizar en su forma de vida. El duelo representa una alteración en el estado emocional y de salud en la madre y el resto de su familia y requiere de atención inmediata para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático (Worden, 1997). A continuación se desglosan las fases del proceso del duelo:

2.3. Fases del duelo

Como anteriormente se mencionó por Kubler-Ross (1993), las fases del duelo se dividen en negación, miedo, frustración, cólera, manipulación, depresión y aceptación. Sin embargo, las distintas etapas emocionales por las cuales atraviesan los padres y las madres luego del nacimiento de un bebé con síndrome de Down, parálisis cerebral infantil y otros síndromes se describen a continuación según Rossel (2004), existen cinco etapas:

a) Impacto: La noticia los deja paralizados, no logran comprender lo que está sucediendo: escuchan y no oyen, ven y no creen. Se sienten en una pesadilla que está distante de la realidad. No saben qué decir ni qué preguntar, miran con extrañeza a su hijo (a), están perplejos y sorprendidos, sonrían y estallan en llanto. Reiteradamente preguntan por la condición de su hijo (a), o simplemente hacen como si ésta no existiera. Tienen serios conflictos para acoger a su bebé, especialmente si los padres no tuvieron contacto inmediato posterior al parto, pues la imagen de lo que pudiese ser su bebé es tormentosamente desfavorable, hasta que no logran contactarse con él (Rossel, 2004).

b) Negación: Al término de la etapa de impacto, los padres inician una etapa de negación de la realidad, se resisten a aceptar la idea. Como mecanismo de defensa aparece la negación de la realidad: “éste no es mi hijo (a)”, “esto no me está pasando a mí”, “debe ser un error”, “no tiene lo que dicen, están equivocados”, etc. Los padres se concentran en negarse a la realidad. Los prejuicios y opiniones de terceros cobran relevancia: “tu eras igual cuando chico”,

“es posible que sea de un grado leve, pues se ve igual a cualquier bebé”, entre otros. Los padres están incomunicados, el niño (a) habitualmente se encuentra hospitalizada por varios días, mientras la pareja se encuentra angustiada y dolida en casa. Todo lo anterior imposibilita la vinculación (Rossel, 2004).

c) Tristeza o dolor: En esta etapa los padres toman conciencia de la realidad e intentan comprender parcialmente lo que ocurre. Se consolida la imagen de pérdida del bebé ideal, de los sueños destruidos y la esperanza ausente. Ello provoca profundos sentimientos de dolor, angustia y tristeza. Muchas veces lo expresan a través de impotencia, frustración, rabia, y sentimientos de culpabilidad, intercambiada entre la pareja y el equipo de salud. Esta etapa se sobrepone a la etapa anterior. La tristeza es sobrecogedora, el llanto fluye sólo con el recuerdo de la condición del bebé. Los padres están muy angustiados, tienen temor al futuro, a lo desconocido. No comprenden que ocurre con sus emociones, sufren al percibir su dificultad de vinculación (Rossel, 2004).

d) Adaptación: Cuando los padres logran salir de la etapa anterior entran en un proceso de adaptación donde han logrado aceptar sus propios sentimientos y la condición de su hijo (a), y se muestran interesados por aprender y conocer más en detalle el síndrome de Down u otras enfermedades. En estos momentos es de suma importancia la aceptación que el medio familiar ha expresado a este nuevo integrante, y el apoyo que la pareja exprese a su cónyuge. En esta etapa el proceso de vinculación sigue un rumbo instintivo, donde el medio ambiente ejerce

un poderoso efecto sobre los padres, que de ser nocivo, expone al niño (a) a riesgos de abandono, maltrato y desvinculación definitiva (Rossel, 2004).

e) Reorganización: El recuerdo del pasado, del dolor, la ansiedad y la impotencia han quedado atrás. Los padres han asumido una postura diferente, el bebé ha sido integrado a la familia, la cual ha aprendido a tolerar sus discapacidades y se ha comprometido a ayudar en su rehabilitación. La vinculación afectiva se construye y fortalece día a día, a través de los avances emocionales y neurológicos del bebé, que facilitan la interacción con los padres, transformando este proceso en un circuito de realimentación positiva; esto se da en aquellos padres que han recibido desde edades tempranas de su hijo (a) apoyo de un equipo interdisciplinario que aborde sus expectativas. Existen instituciones con programas de estimulación temprana, donde los padres tienen la oportunidad de ser acogidos por equipos multiprofesionales y por sus pares, otros padres en situación similar. La temporalidad con que acontecen las etapas anteriores no está bien definida. La duración de cada una de ellas es variable y depende de los rasgos emocionales de los padres y de la influencia que el medio ambiente que los rodea ejerza sobre ellos. Es frecuente que los padres queden atrapados emocionalmente en alguna de las etapas iniciales (impacto, negación o tristeza), lo cual inevitablemente les impide avanzar en forma exitosa hacia las etapas de resolución y adaptación (Rossel, 2004).

No obstante, no todos los padres y las madres logran asimilar la discapacidad de su hijo (a), por lo cual para pretender un cambio en los modelos

afectivos de las madres de niños (as) con necesidades educativas especiales es conveniente no sólo comprender cada una de las etapas por las cuales atraviesan a lo largo del tiempo, sino también respetarlas (Rossel, 2004).

2.4. Factores psicológicos

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) define el estado de ánimo en la emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera y ansiedad. A diferencia del afecto, que se refiere a cambios más fluctuantes en el "tiempo" emocional, el estado de ánimo se refiere a un "clima" emocional más persistente y sostenido. Éstos son los tipos de estado de ánimo:

- a) Disfórico: estado de ánimo desagradable, tal como tristeza, ansiedad o irritabilidad.
- b) Elevado: sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría. Una persona con estado de ánimo elevado puede decir que se siente "arriba", "en éxtasis", "en la cima del mundo" o "por las nubes".
- c) Eutímico: estado de ánimo dentro de la gama "normal", que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado.
- d) Expansivo: ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, a menudo con sobrevaloración del significado o importancia propios.
- e) Irritable: fácilmente enojado y susceptible a la cólera.

2.4.1. Depresión

Según el DSM-IV (2002) la depresión se encuentra en la sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.

Depresión es una palabra que hoy sirve para denominar cualquier estado anímico incómodo, del más leve al que entra en la categoría de patológico por intensidad y duración de los síntomas, y toda desvitalización. El término técnico es de uso común, lo que sugiere que la consciencia colectiva confía en los expertos. Médicos y psicólogos, fundamentalmente. Los médicos intentan establecer la gravedad de esos estados y el modo de paliarlos o hacerlos desaparecer. Los psicólogos procuran que el paciente comprenda su depresión (Galán, 2007).

Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar. La depresión suele ser confundida por otras enfermedades y en algunos momentos es difícil de reconocer tanto por el sujeto como por el médico, siendo éste uno de los factores de la falta de atención oportuna (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y

psicológicos. Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio. Pero estas imágenes no revelan las causas de la depresión (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

Normalmente todas las personas atraviesan por períodos de tristeza, soledad, incomprensión e infelicidad, los cuales principalmente son resultado de los problemas sociales y en la mayoría de los casos económicos, afectando la tranquilidad y paz del sujeto. Es preocupante cuando los sentimientos por ejemplo de tristeza, soledad, incomprensión, entre otros, tienen una duración superior a dos semanas o meses, impidiendo así el desarrollo individual e interacción personal. Asimismo, la depresión disminuye con frecuencia la capacidad de trabajar interfiere con el comportamiento normal (Galán, 2007).

Oman y Oman (2003), en un estudio que se realizó con 94 mujeres blancas de edad mediana con y sin síntomas de depresión, mencionan que las mujeres con depresión fueron más las solteras seguidas por divorciadas o separadas y viudas.

Según el nivel depresivo existen diferentes clasificaciones, entre las cuales se encuentra un individuo (DSM-IV, 2002):

a) Depresión mayor: es un episodio de depresión que dura más de dos semanas y es tan severo que requiere tratamiento.

b) Distimia: cuando una persona sufre depresión leve ya sea recurrente o duradera, generalmente un sujeto es distímico cuando siempre está infeliz.

c) Depresión circunstancial: un episodio prolongado de tristeza desencadenado a través de una pérdida o desilusión.

d) Depresión bipolar: se caracteriza por un modelo de cambios emocionales extremos que ocurren sin relación a las circunstancias o a los sucesos, asimismo la persona tiene la probabilidad de perder interés en todas las actividades y volverse retraída.

Según el DSM-IV (2002), entre los síntomas de la depresión se encuentran los siguientes:

a) En la depresión mayor se encuentran: la irritabilidad, la importante pérdida de interés o placer, el aumento o disminución significativa de peso, el insomnio o sueño efectivo, la fatiga o pérdida de energía, excesivos sentimientos de culpa, dificultad para pensar o concentrarse y pensamientos de muerte.

b) En la distimia los síntomas más frecuentes son: el aumento o disminución del apetito, el insomnio o sueño excesivo, la fatiga o pérdida de energía, la baja autoestima, la dificultad para tomar decisiones y concentrarse y sentimientos de desesperanza.

2.4.2. Estrés

El término estrés tiene sus orígenes en la antigüedad. Hipócrates se refirió a la existencia de un poder curativo de la naturaleza aplicada para defender al individuo de las agresiones externas, que posteriormente fueron conocidos como mecanismos fisiológicos de defensa. Pero no es hasta el siglo XIX cuando se llevan a cabo las primeras investigaciones sobre el estrés. En este periodo, en el año de 1926, Hans Selye dio su primer aporte al definir los síntomas característicos del estrés denominándolo como síndrome general de adaptación (Varela et al, 2001).

Otros autores basan su definición de estrés en la interacción, como Lazarus y Folkman, en sus trabajos llegan a la conclusión que el estrés psicológico es una consecuencia del desequilibrio que se da entre las demandas del ambiente y los recursos que tiene el sujeto para satisfacerlas, tomándose en cuenta la valoración de la situación dependiendo de sus habilidades y experiencias sobre el acontecimiento y el afrontamiento o esfuerzos cognitivos como conductuales al enfrentarse a los factores internos o externos de forma continua (1986).

Soria cita una definición dada por Navarro, que identifica al estrés como la máxima expresión de la suma de cambios no específicos que desvían al organismo de su estado normal de reposo, dados por agresiones y exigencias internas y/o externas. Su presentación se caracteriza por la gradación y la inespecificidad de su clínica, por lo que las diferencias en ésta son generalmente cuantitativas (2000). Considerada como una de las palabras más usadas en el

ámbito de diversas especialidades, representa la demanda de factores ambientales que terminan por superar las capacidades del individuo (Soria, 2000). Arimany (2000) define el estrés como un comportamiento heredado y adaptativo que implica una activación neuroendocrina y emocional frente a un estímulo percibido como amenazante y excesivo en relación a los recursos que la persona piensa que tiene para enfrentarlo y mantener su integridad y bienestar.

Capra ubica al estrés junto a las enfermedades cardíacas, cáncer, diabetes como males de la civilización por su vinculación con la alimentación rica en grasas y proteínas, el abuso de drogas, la vida sedentaria y la contaminación ambiental, que caracterizan la vida moderna. Por lo tanto, no se debe obviar los aspectos socioeconómicos que hacen que surja el estrés. El crecimiento tecnológico excesivo, la vida mal sana tanto física como mental, un sistema económico obsesionado por el crecimiento y la expansión que lleva a la contaminación ecológica, son fuentes desencadenantes del estrés. En otras palabras este autor menciona que el concepto de desequilibrio es fundamental visualizándolo sobre todo en el estilo de vida. Lo que se pierde es la flexibilidad para enfrentar las situaciones amenazantes y aparece una rigidez en el individuo. Sus respuestas se tornan estereotipadas (2003).

La definición del término de estrés ha sido muy controvertida. El estrés ha sido entendido como una reacción o respuesta del ser humano a cambios fisiológicos, emocionales y conductuales. Este entendido como estímulos capaces de provocar una reacción y como una interacción. En la actualidad este último

planteamiento es aceptado como el más completo. De esta forma, se considera que el estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto. De tal modo, los elementos a considerar en la interacción potencialmente estresante son las variables situacionales, por ejemplo en el trabajo y las variables del sujeto que se enfrenta a la situación y consecuencias del estrés (Merín et al, 1995).

Las emociones tienen una función adaptativa y tienen diferentes usos: la ira sirve para la defensa, la tristeza sirve para la búsqueda de apoyo y el miedo para la huida. El problema surge cuando la emoción se desencadena en situaciones inadecuadas o repetidas en exceso. El desajuste se produce, cuando el individuo tiene un umbral de reactividad excesivamente bajo. Dichos sujetos tienden a responder con emociones excesivas ante estímulos que la mayor parte de los sujetos consideran neutros o poco amenazantes. Se ha estudiado la relación entre la adrenalina con la emoción y la manifestación de esta emoción en tres canales: mental, motor y fisiológico. Los efectos de la emoción en el cuerpo son importantes por lo que se debe definir el valor de la emoción como elemento etiológico (Ortigosa et al, 2003).

Ortigosa y colegas, (2003) afirman que la enfermedad resultante del estrés tiene en la base unos procesos de naturaleza compleja mental, endocrina, inmunológica y social. Señalan que las reacciones emocionales que no se expresan son nocivas para la salud.

El estrés es una respuesta del organismo para prepararlo para la lucha o la huida, pero cuando la respuesta es prolongada y rígida se torna en estrés prolongado. El problema surge cuando el organismo vive en un mundo artificial en donde la respuesta no implica acción física, sino que la mayor parte de las veces el estresor es de naturaleza mental o social, para el cual una respuesta energética y emocional no es la adecuada. Existe la relación entre emociones negativas y la tendencia a enfermar, justamente considerando la situación de estrés como potenciador de la enfermedad (Ortigosa et al, 2003).

Eustrés (estrés positivo)

Representa aquel estrés donde el individuo interacciona con su estresor pero mantiene su mente abierta y creativa, y prepara al cuerpo y mente para una función óptima. En este estado de estrés, el individuo deriva placer, alegría, bienestar y equilibrio, experiencias agradables y satisfactorias. La persona con estrés positivo se caracteriza por ser creativo y motivado, es lo que lo mantiene viviendo y trabajando. El individuo expresa y manifiesta sus talentos especiales y su imaginación e iniciativa en forma única/original (Lopategui, 2000).

El eustrés es un estado bien importante para la salud del ser humano, el cual resulta en una diversidad de beneficios o efectos positivos, tales como el mejoramiento del nivel de conocimiento, ejecuciones cognitivas y de comportamiento superior, provee la motivación excitante de, por ejemplo crear un trabajo de arte, crear la urgente necesidad de una medicina, crear una teoría científica (Lopategui, 2000).

Distrés (estrés negativo)

Este representa aquel "Estrés perjudicante o desagradable". Este tipo de estrés produce una sobrecarga de trabajo no asimilable, la cual eventualmente desencadena un desequilibrio fisiológico y psicológico que termina en una reducción en la productividad del individuo, la aparición de enfermedades psicosomáticas y en un envejecimiento acelerado (Lopategui, 2000).

Interrelaciones entre el Estrés Negativo y el Positivo

Un mismo estrés puede ser positivo para algunas personas y negativo para otros, como lo puede ser la promoción profesional. Esto implica que cada persona responde de diferente manera ante los estresantes. Un estrés en principio positivo puede convertirse en nocivo por su intensidad. Por ejemplo, la crisis cardíaca del afortunado jugador de lotería (Lopategui, 2000).

El estrés como se indicó anteriormente no siempre es negativo y se le ha considerado positivo en la medida en que es un mecanismo de defensa que ayuda a remontar situaciones difíciles; por el contrario, se le considera negativo (distrés) cuando, bien por la repetición de situaciones estresantes o por el fracaso en la resolución del problema, el sujeto se ve conducido a la fase de extenuación o indefensión (Ortigosa et al, 2003).

El estrés es una respuesta que engloba aspectos cognitivos y fisiológicos, caracterizado por un alto grado de activación del Sistema Nervioso Autónomo encargado de controlar funciones básicas como son la presión arterial, respiración,

frecuencia cardiaca y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. Compromete también respuestas cerebrales del sistema límbico-emocional, como son el hipotálamo y la amígdala encargadas de la coordinación memoria emocional y consciente, y del lóbulo frontal que cumple la función de la regulación de las respuestas emocionales y coordinación de la planificación de acciones; la hipófisis que regula el funcionamiento del sistema endocrino principalmente la glándula tiroides, además de regular la secreción hormonal de adrenalina y glucocorticoides, todo lo anterior conectado con los ciclos vitales básicos como lo son el sueño, apetito, sexualidad, y el sistema inmune. Todo este sistema cuando se activa se autocorriga a través de mecanismos de retroalimentación localizados especialmente en el hipotálamo que va modulando la respuesta frente a la perturbación (Fauci et al, 2000).

En la medida que se prolonga la exposición al agente estresor, aparece la sensación de amenaza vital hasta llegar un momento en que los sistemas reguladores se desacoplan produciendo un desequilibrio emocional y físico que en algunos casos puede llegar a destruir los propios centros reguladores como el tejido neuronal provocando una perturbación definitiva, o inicio de enfermedades de difícil manejo (Fauci et al, 2000).

Se pueden producir tres tipos de respuestas orgánicas como respuesta al estrés: respuestas del sistema cognitivo, del sistema fisiológico y del sistema motor. Las repuestas del sistema cognitivo generalmente son las primeras en

manifestarse, incluye una serie de pensamientos y sentimientos de preocupación que llevan al individuo a un estado de alerta y falta de concentración. En las respuestas fisiológicas y motoras se presentan las situaciones que generan un nivel de estrés mayor, presentándose palpitaciones, taquicardia, escalofríos, sequedad de boca, tensión muscular, tartamudez, movimientos torpes o incluso involuntarios entre otros (Varela et al, 2001).

Fuentes de estrés

El estrés es algo que resulta imposible de evitar, incluso las personas incrementan con frecuencia su propio estrés de modo innecesario. Esto es el resultado de una interacción entre el comportamiento social y la manera en que nuestros sentidos y nuestras mentes interpretan estos comportamientos. Siendo el estrés social el que determina el significado que le asignamos a los eventos de nuestras vidas. Aquí se debe, por ende, comprender que como cada persona tiene un patrón de diferente, también su estrés será diferente (Lopategui, 2000).

La diferencia entre las exigencias que las personas se plantean así mismas o perciben de otras personas, así como los recursos disponibles para satisfacer esas demandas, pueden constituir una amenaza o fuente de estrés. Algunos ejemplos de estos tipos de estresantes que con frecuencia surgen durante el transcurso de nuestra vida son: desengaños, conflictos, cambios de trabajo, pérdidas personales, problemas económicos, presión de tiempo, jubilación, dificultades para tomar decisiones, cambios en la familia (Lopategui, 2000).

El estrés puede desencadenar afecciones en el nivel de diferentes sistemas en el organismo como se puede citar a continuación según Lopategui (2002):

a) Cardiovascular predisponiendo a una mayor incidencia de enfermedad coronaria, producen un aumento de la frecuencia cardíaca, un incremento de la presión arterial (con tendencia a la hipertensión), e incluso presencia de arritmias cardíacas (palpitaciones ocasionales aisladas hasta taquicardias). Además puede producir o predisponer al espasmo coronario (estrechamiento segmentario y transitorio en las arterias coronarias sanas o enfermas). Las elevaciones bruscas de la presión arterial pueden causar accidentes vasculares cerebrales y coronarios, requiriendo mayor cantidad de medicamentos para controlar la presión sanguínea. Incluso un estrés intenso puede superar la efectividad del medicamento haciéndolo insuficiente para controlarla. Finalmente todo esto puede conducir al desarrollo y progresión de los episodios de angina de pecho. Puede existir un cuadro de "neurosis cardíaca" caracterizado por sensación de falta de aire en reposo, dolores torácicos atípicos, fatiga mental, transpiración o sudoración de las palmas de las manos sin causa orgánica aparente.

b) En el nivel digestivo es causa de estrechez o espasmo segmentario de la parte superior del esófago, lo que produce sensación de dolor o atoro en la región alta del pecho, en relación a la ingesta de alimentos líquidos. Náuseas o vómitos por dolor gástrico secundario a gastritis o úlcera (incremento de la secreción de ácido gástrico estomacal en el sujeto ansioso, e incluso hemorragias y sangrado digestivo). El estreñimiento, la diarrea y la flatulencia, entre otras, son causadas por la ingesta muy rápida de los alimentos (comer apurado).

c) En el nivel ginecológico: produce desordenes ováricos (irregularidades en la menstruación), llegando incluso a la anorexia nerviosa.

d) En el nivel de la piel: palidez por vasoconstricción, sudoración, agrava el acné y la soriasis, incrementando o desencadenando manifestaciones alérgicas, incrementa la caída del cabello y la canicie.

e) Favorece y acelera el envejecimiento. Aumenta la viscosidad de la sangre. Acompaña y agrava la hipercolesterolemia e hiperglicemia.

2.5. Ejercicio físico

Representan cualquier tipo de ejercicio físico o deporte. Son aquellos estresores que demandan al cuerpo una mayor cantidad de energía para realizar un esfuerzo deportivo o ejercicio físico, como lo son el correr, nadar, bailar, caminar, entre otros (Lopategui, 2000). El ejercicio físico ha emergido como un modulador de las funciones mentales superiores durante la vida, ya que ha demostrado afectar varios sistemas de neurotransmisores (Insua, 2003).

Muchos sistemas moleculares podrían potencialmente participar en los beneficios del ejercicio sobre el cerebro. Los factores neurotróficos poseen la mayoría de las propiedades que podrían contribuir a estos efectos beneficiosos. Entre ellos se encuentra el factor neurotrófico derivado del cerebro (siglas en Inglés, BDNF), que aparece como un mediador clave en el mejoramiento de las conexiones sinápticas y en la capacidad del cerebro de cambiar y remodelar dichas conexiones (plasticidad), dependiente de uso (Insua, 2003).

Comúnmente se cree que el ejercicio es una estrategia para aliviar el estrés, pudiendo reducir la depresión y la ansiedad en humanos. Interesantemente, se cree que la depresión podría estar asociada a la disrupción de mecanismos que gobiernan la supervivencia celular y la plasticidad neuronal. Aunque no se sabe cómo actúan los antidepresivos en el Sistema Nervioso, se cree que conducirían a un aumento de BDNF en el hipocampo y el ejercicio, particularmente el correr, incrementaría ese efecto, reforzando la producción de esa sustancia. Se sabe que los tratamientos crónicos con antidepresivos también producen neurogénesis en el hipocampo adulto, por lo tanto la inducción de la expresión de BDNF por la combinación de ejercicio físico y tratamiento farmacológico podría representar un arma de gran potencial para mejorar la depresión (Insua, 2003).

Aunque no es comúnmente utilizado como un medio de relajamiento, el ejercicio físico regular promueve tanto la salud mental como la física. Al integrarse el individuo en un programa de entrenamiento físico, los efectos a largo plazo producen una mejor autoestima, lo cual ayuda grandemente a la salud mental afrontar más efectivamente las situaciones de tensión. Además, el ejercicio físico regular remueve diversos desechos metabólicos que resultan de experiencias estresoras. Más aún, fortalece todos los sistemas orgánicos del organismo y ayuda a que se alcance una autoimagen positiva. Los tipos de ejercicios recomendados son: flexibilidad (estiramiento), calisténicos, aeróbicos (caminar, trotar, nadar, correr, bicicleta, patinar, remar, baile, subir y bajar escaleras o un

banco, y actividades físicas recreativas y deportes que involucren correr (Lopategui, 2000).

Se recomienda el ejercicio de tipo aeróbico o dinámico en lugar a los ejercicios de fuerza o estáticos, pero se puede incluir algo de esta clase de ejercicios, cuando se requiere fortalecer algunos grupos musculares y se cuenta con supervisión por algún experto. El ejercicio debe hacerse la mayoría de los días a la semana, por lo menos durante 30 minutos. Debe iniciarse a baja carga, es decir, a baja intensidad y corto tiempo e ir incrementándolo en el curso de las semanas. El ejercicio considerado en el sentido más amplio de la palabra, que comprende desde la marcha a pie hasta cualquier actividad deportiva, promueve la buena forma física, mejorando la salud en general (Lopategui, 2000).

Cuando se hace ejercicio físico con regularidad, las personas están más alerta, disminuyen el estrés mental, los accidentes laborales, la sensación de fatiga, el grado de agresividad, la ira, la ansiedad, la angustia y la depresión. Por lo cual se puede señalar que la forma más efectiva de reducir el estrés y las consecuencias fisiológicas que se produce, es la práctica moderada de ejercicio y, por supuesto, hábitos sanos. El ejercicio físico provee la posibilidad de ponerse mentalmente en otro lugar y no seguir pensando en los problemas y fuentes de estrés. Nos permiten volver a nuestra naturaleza física, acercarnos más a un estilo de vida sana, con alimentos integrales, ejercicio físico, técnicas de relajamiento, meditación y ayudar a fomentar la noción de responsabilidad acerca de su propia salud en cada persona (Capra, 2003).

2.5.1. Beneficios del ejercicio físico

Ureña, (2004), cita la definición de Brehm, el cual menciona que la práctica de ejercicio físico aporta dos maneras en la mejoría del estado anímico. La primera al ejercer un efecto de equilibrio, donde el individuo presenta una reducción de la intensidad de sensaciones negativas (enojo) y el aumento en la intensidad de sensaciones positivas (tranquilidad). Y en segundo lugar un efecto de desequilibrio cuando se trata de actividades competitivas. Ya que en el desarrollo de las actividades normalmente, aumentan los aspectos relacionados con el estado anímico, tensión y activación y después se viene abajo, para conseguir nuevamente el equilibrio.

La sensación de bienestar es considerada como una de las dimensiones fundamentales de la salud. De ahí se parte hipotéticamente que por medio del ejercicio físico se mejora la sensación subjetiva de bienestar. La sensación de bienestar se relaciona con: la alegría, satisfacción, tranquilidad, relajación. Aunque se sabe que esta sensación no es un estado constante, sino que depende de la situación de vida de cada individuo (Ureña, 2004).

Ureña (2004), nombra los resultados obtenidos por, Weyerer y Kupfer quienes relatan los efectos del ejercicio sobre la salud psicológica que incluyen aspectos fisiológicos y psicológicos. Los de orden fisiológico menciona: el incremento de la temperatura corporal, ejerce sobre el individuo un efecto tranquilizante a corto plazo; el ejercicio regular facilita la adaptación al estrés, ya que incrementa la actividad adrenal y las reservas de esteroides disponibles; con

el ejercicio físico se reduce el potencial nervioso del músculo en reposo, lo que ocasiona una liberación de tensión; también el ejercicio facilita la neurotransmisión de sustancias como, la noradrenalina, la serotonina y la dopamina, lo que provoca una mejoría en el estado anímico. Dentro de los aspectos de orden psicológicos que produce la actividad física las personas experimentan una mayor sensación de competencia, control, y autosuficiencia. La actividad física es una forma de meditación que desencadena un estado de conciencia alterado y más relajado; al igual que ésta proporciona distracción, diversión, tiempo de evasión de pensamientos, emociones y conductas desagradables.

El ejercicio físico se correlaciona con un aumento en la sensación psicológica de bienestar, mejorías importantes en el estado anímico, una mejor autoestima, niveles reducidos de ansiedad y síntomas depresivos, un incremento en el desarrollo motor, lo que repercute en las posibilidades de interacción del individuo en su entorno social. Biddle (2000), menciona que el ejercicio físico de naturaleza aeróbica, ejerce efectos positivos ligeros en la reducción de la vivencia del enojo y efectos débiles en la tensión, la vitalidad, y el agotamiento, así como sobre la sensación de confusión; y efectos positivos sobre el estado anímico cuando la actividad que se practica esta relacionada con el rendimiento que impliquen el mejoramiento personal y esfuerzo por dominar la tarea en cuestión.

Según Lopategui (2000), dentro de los beneficios del ejercicio físico se pueden mencionar: que es disfrutable, se encuentra la habilidad para descansar la mente por unos minutos, se pueden reducir los síntomas de enfermedades, tales

como dolor de cabeza, náusea, alergias dermatológicas, y diarreas. En otras palabras, alivio de los síntomas producidos por el estrés, y la prevención de las enfermedades psicosomáticas. Se pueden aumentar los niveles de energía física, aumentan los periodos de concentración, permiten el aumento a la satisfacción social al relacionarse uno con la familia, amigos, y compañeros de trabajo. Ayuda en el tratamiento del insomnio, en la reducir la presión arterial.

Numerosos estudios realizados en los últimos años (Cabañas et al, 2004; Ureña, 2004; Lopategui, 2000) han demostrado que llevar una vida físicamente activa produce muchos beneficios para la salud psíquica, física y mental, ya que estimula el buen funcionamiento del sistema cardiovascular, mejora el sistema respiratorio, previene la osteoporosis, disminuye el estrés, fortalece músculos, disminuye la grasa corporal, entre otros. El practicar ejercicio tiene un efecto positivo en el nivel de la salud mental, ya que produce la liberación de endorfinas y esto lleva a la reducción de la ansiedad, depresión y estrés, produciendo en uno, una sensación de bienestar general.

Más de dos docenas de estudios (Cabañas et al, 2004; Ureña, 2004; Lopategui, 2000) han demostrado que las mujeres que hacen ejercicio regularmente tienen un riesgo menor de desarrollar cáncer (entre el 30-40% menos que las mujeres sedentarias) y, al parecer, el estrógeno desempeña un papel importante. El ejercicio disminuye el estrógeno en la sangre y esto ayuda a reducir el riesgo de cáncer del seno en una mujer. Con más de 200,000 nuevos casos de cáncer del seno reportados cada año en los Estados Unidos, prevenir el

cáncer por medio del ejercicio es una de las mejores prácticas que una mujer puede adoptar para cuidar su salud. El ejercicio aumenta la frecuencia de los movimientos del intestino y esto ayuda a eliminar las toxinas y los agentes cancerígenos, los cuales son factores que causan cáncer. Los cambios en las prostaglandinas y ácidos biliares también se producen con el ejercicio y se cree que estos cambios proporcionan cierta protección contra el cáncer de colon. La disminución de la grasa corporal, la insulina y otros factores de riesgo también contribuyen a disminuir la posibilidad de desarrollar cáncer de colon. Incluso la actividad moderada puede ser muy importante para que las mujeres reduzcan el riesgo de desarrollar cáncer, enfermedades cardíacas y otras enfermedades crónicas durante la menopausia (Fred Hutchinson Cancer Research Center, 2006).

Capítulo III

METODOLOGÍA

El presente estudio se diseñó con la finalidad de implementar módulos educativos y ejercicio físico recreativo para un grupo de madres de niños y niñas de necesidades educativas especiales del Centro de Enseñanza Especial de Heredia que podrían presentar estados de estrés, depresión y algias corporales.

3.1. Sujetos

Se contactó a veintiocho madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales del Centro de Enseñanza Especial de Heredia, residentes de los diferentes cantones de la provincia de Heredia, para participar en la investigación, sin embargo solo once madres participaron en la totalidad del estudio, ya que el resto de las madres no participó en más de la mitad de los módulos por diversas situaciones como: no tenían clases sus hijos (as), falta de recursos económicos para trasladarse a la institución, problemas de salud de sus hijos (as), falta de interés e iniciativa propia, por lo cual se tuvo que modificar el estudio.

Las madres seleccionadas fueron aquellas que por diferentes motivos se quedan dentro de la institución durante el periodo lectivo de sus hijos (as), ya que viven muy largo de la institución y no les da tiempo en ir y volver a al centro educativo, falta de recurso económico, o como un medio de socialización con otras madres, entre otros.

3.2. Instrumentos y materiales:

Una manera de poder medir el sentir de las madres en estudio tanto físico y emocional, al inicio y al final de la implementación de los módulos es mediante la utilización de los siguientes cuestionarios:

3.2.1. Cuestionario de “Información General”

El cuestionario de información general se diseñó para madres con niños y niñas de necesidades educativas especiales del Centro de Enseñanza Especial de Heredia; fue validado por el criterio de expertos en la materia (profesionales en Sociología, Psicología, Educación Física y Movimiento Humano). Este se utilizó con el fin de extraer información básica sobre malestares en general de su salud, preferencias del ejercicio físico recreativo, datos personales entre otros aspectos. Compuesto por treinta y cinco preguntas de marque con equis, complete y selección múltiple; el cual se probó antes de iniciar esta investigación con un grupo de madres que no participaron en el estudio, esto para constatar la comprensibilidad del mismo (ver Anexo II). Este se pasó durante la primera sesión de los módulos educativos.

3.1.2. Cuestionario de “Malestares Generales”

El cuestionario de “Malestares Generales” (Allmer et al, 1991), consta de catorce ítems de afirmaciones relacionadas con malestares generales, su desarrollo consiste en marcar con una equis (x) el número que de acuerdo con su escala de valoración se ajuste más a la del participante. La escala de valoración utilizada es la Likert (0= nunca, 1= rara vez, 2= algunas veces y 3= con bastante

frecuencia). Se aplicó con el propósito de registrar información sobre molestias de tipo general que pudieran afectar a las madres con niños y niñas con necesidades educativas especiales (ver Anexo III). El mismo se pasó durante la segunda sesión y en la última sesión, para comparar resultados antes y después de la implementación de los módulos educativos, para llevar a cabo las actividades programadas (ver Anexo I). Al medir el nivel de confiabilidad de este instrumento con el programa estadístico SPSS 15.0, se determinó un coeficiente alto alfa de Cronbach del 80%, aunque la muestra es pequeña.

3.2.3. Cuestionario de “Vivencia de Estrés en la Última Semana”

El cuestionario de “Vivencia del Estrés en la Última Semana” (Allmer et al, 1991), presenta 24 ítems de afirmaciones que podrían relacionarse con las participantes con su caso en particular en la última semana. De manera que debe completarse según la frecuencia de las afirmaciones expuestas para cada participante. Su escala de valoración es la siguiente: 0= nunca, 1= rara vez, 2= algunas veces y 3= con bastante frecuencia. El objetivo de este cuestionario es registrar la información sobre la forma en que las madres se sintieron y se comportaron antes y después de haberse brindado los módulos educativos (ver Anexo IV). El mismo se pasó durante la segunda sesión y en la última sesión, para comparar resultados antes y después de la implementación de los módulos educativos (ver Anexo I). Al medir el nivel de confiabilidad de este instrumento con el programa estadístico SPSS 15.0, se determinó un coeficiente alto alfa de Cronbach del 88%, aunque la muestra es pequeña.

Estos dos últimos cuestionarios fueron facilitados: Dr. Pedro Ureña (comunicación personal), con el fin de facilitar la información de cada uno de ellos, en el presente estudio.

3.2.4. Inventario de la Depresión de Aaron Beck

“El inventario de la Depresión de Aaron Beck” (Hautzinger et al, 1994), se tomó como referencia para valorar el estado emocional con el grupo de madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales (ver Anexo V). El mismo se pasó durante la segunda y en la última sesión, para comparar resultados antes y después de la implementación de los módulos educativos (ver Anexo I).

La forma actual del “Inventario de la Depresión de Aaron Beck” es el BDI-II: un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta los 3 puntos, al final se sumando un total que puede estar entre 0 puntos y 63 puntos. Tiene una duración aproximada de 10 minutos. Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el tamizaje de depresión en el cuidado primario, teniendo en cuenta como punto de corte para depresión 18 puntos. Al medir el nivel de confiabilidad de este instrumento con el programa estadístico SPSS 15.0, se determinó un coeficiente alto alfa de Cronbach del 79%, aunque la muestra es pequeña.

Su aplicación consiste en que las participantes deben leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el número del enunciado que se selecciona. Si encuentra más de un enunciado la persona debe, marcar cada uno de ellos. Las participantes deben leer todos los enunciados antes de elegir su respuesta.

Para su interpretación se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3 puntos, y el más alto posible es 63 puntos. El puntaje menor para toda la prueba es de cero. Se suma solo un puntaje por cada ítem, en caso de que se marquen dos se selecciona el número mayor.

Tabla 1. Puntajes totales de la interpretación del “Inventario de la Depresión de Aaron Beck”

Puntaje	Interpretación
0 – 4	Posible negación de la depresión o está fingiendo
5 – 9	Población normal
10 – 18	Depresión leve
19 – 29	Depresión moderada
30 – 63	Depresión severa
> 40	Posible exageración de la depresión

Se considera que el puntaje total menor a 5 puntos está por debajo de los movimientos normales de la vida diaria y se debe considerar la posibilidad de que la participante finge y/o niega la depresión. Los puntajes mayores de 40 puntos son muy altos aun para pacientes con depresión severa, lo que sugiere una posible exageración de la depresión, con características de personalidad limítrofe o histriónica. Sin embargo, estos puntajes son posibles en depresión.

3.3. Desarrollo de los módulos educativos de actividad física-recreativa

A continuación se detalla las actividades de los módulos educativos y actividad recreativa que tenía como objetivo concientizar a las madres en el rol que ellas llevan.

Antes de dar inicio con la implementación de los módulos, se solicita permiso a la directora del Centro de Enseñanza Especial de Heredia para realizar el desarrollo de los módulos educativos y ejercicio físico recreativo en el salón multiusos de la institución.

Se realizaron 17 sesiones en el salón multiusos de la institución. Para ello se realizó una invitación oral y escrita a las madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales del Centro de Enseñanza Especial de Heredia, para la participación del programa, esto se hizo con una semana de anticipación antes de la realización del mismo (ver Anexo VI). También se conversó con los diferentes profesionales e instructores que iban a facilitar algunas de las charlas

y actividades físicas que se impartieron. Las sesiones se dividieron en dos por semana con una duración de una hora. En cada una de ellas se brindó una charla teórica y una práctica de ejercicio físico recreativo.



Durante la primera semana de la implementación de los módulos educativos se impartió una charla introductoria sobre la importancia de la actividad física, sus beneficios físicos y psíquicos en las mujeres, los objetivos del programa, la elaboración del cuestionario sobre datos personales, malestares en general, preferencias del ejercicio físico. Luego se realizó una actividad física de estiramiento y relajación (ver anexo VI y VII).



Por otra parte se evaluó la población en estudio realizando las mediciones de las variables depresión y estrés, malestares generales al inicio y al final del estudio. Lo anterior mediante la utilización de cuestionarios “Malestares Generales”, “Vivencia del Estrés en la Última Semana” e “Inventario de la Depresión de Aaron Beck”. El ejercicio físico se realizó por medio de un baile popular (ver anexo VI y VII).



En la semana dos se brindó una exposición sobre la definición de las algias vertebrales, anatomía de la columna vertebral, tratamiento y un baile popular. Luego una charla sobre higiene postural y ejercicios para tener una columna vertebral saludable (ver anexo VI y VII).



Con respecto a la semana tres se elaboró el módulo de inteligencia emocional con una charla sobre la definición y conceptos claves sobre la misma y luego una clase de yoga. Por otro lado, se presentó un módulo de tiempo libre, tomando en cuenta el mismo ejercicio físico (ver anexo VI y VII).



En la semana cuatro se implemento el módulo de nutrición, dividiéndose en dos partes: una nutrición balanceada, definición de carbohidratos, proteínas, grasas, o minerales entre otros, con una actividad de baile popular; y la segunda parte aspectos necesarios para comer saludables y una actividad física de aeróbicos (ver anexo VI y VII).



Seguidamente, en la semana cinco se expuso el módulo de enfermedades somáticas brindando definición, causas, sintomatología y la actividad física de yoga. En la misma semana se da el módulo de género, definiendo los diferentes roles de la mujer en la sociedad y una actividad física de la danza del vientre (ver anexo VI y VII).



Durante la semana seis se imparten el módulo de relajación brindando una exposición sobre respiración abdominal y diafragmática con musicoterapia como técnica de relajación; la actividad física que se brindó fue baile de la danza del vientre. Por otra parte, se expuso el módulo mujer y autoconcepto comentando el rol de la mujer, autoestima y depresión. Y el ejercicio físico fue estiramiento de tronco superior e inferior en general (ver anexo VI y VII).

En la semana siete se da el módulo de imagen corporal, tomando aspectos relevantes como percepción de las diferentes partes del cuerpo, y como actividad física Taebo. Luego se dio el módulo de técnicas de maquillaje exponiendo técnicas prácticas para maquillaje con respecto a los diferentes tipos de rostro. El

ejercicio físico de ese día fue baile popular, el cual fue motivador y nuevo para ellas (ver anexo VI y VII).



Con respecto a la semana ocho se impartieron en el módulo de recreación, tomando en cuenta como puntos importantes las diversas actividades recreativas y su relevancia en la vida cotidiana. Las actividades físicas que se implementaron fueron por medio de juegos lúdicos. El siguiente módulo se realizó por medio de una actividad libre (pintura) y realizando como ejercicio físico el baile popular (ver anexo VI y VII).



Finalmente en la semana nueve, se da el cierre de las sesiones por medio de una mesa redonda y se elabora la segunda parte de los cuestionarios. Se coordina un almuerzo donde cada una de las madres trae una parte del mismo,

utilizando los conocimientos adquiridos durante la implementación de los módulos especialmente del área nutricional (ver anexo VI y VII).

En este estudio se utilizaron los siguientes materiales y equipo: listas de asistencia, música, videos, colchonetas, retroproyector, papel periódico, pinturas de diferentes colores, y marcadores.

En el análisis de la información se aplicó una prueba no paramétrica de dos muestras relacionadas de rangos con signos en pares de Wilcoxon, lo anterior con el programa SPSS versión 15.0 para Windows (Pérez, 2007). También se aplicó promedios y desviaciones estándar, distribuciones de frecuencia de estadística inferencial y estadística descriptiva. Los porcentajes de cambio se calcularon con la fórmula $(\text{Pretest-postest/pretest}) * 100$. El alfa fijado para este estudio fue de 5%.

Capítulo IV

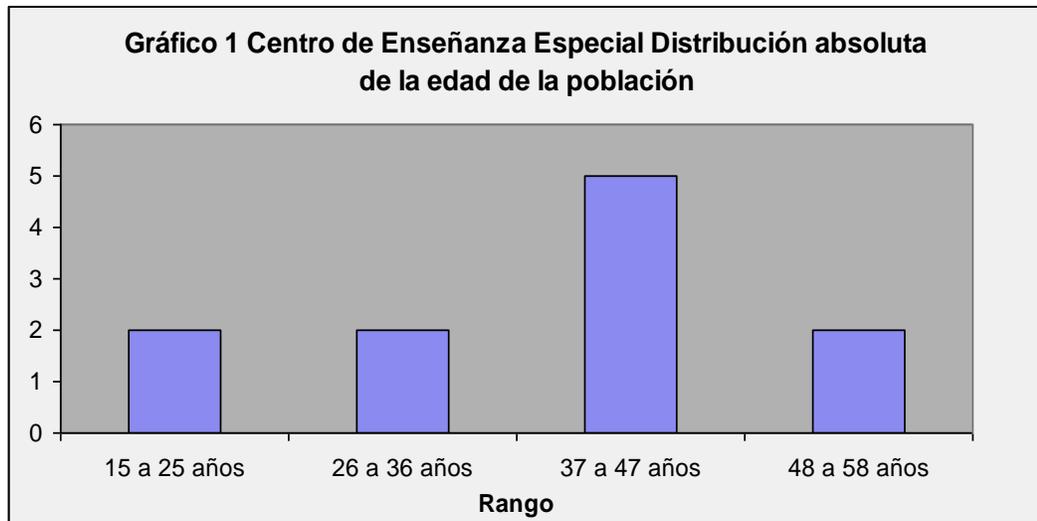
RESULTADOS

En el siguiente capítulo se presentan los resultados más importantes del estudio, según los instrumentos utilizados antes y después de la aplicación de los módulos educativos y ejercicio físico recreativo para madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales. Estos resultados se resumen en un gráfico por edades de las participantes y tablas con su respectiva interpretación.

4.1. Cuestionario de “Información General”

La siguiente información son los datos más importantes del cuestionario para madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales del Centro de Enseñanza Especial de Heredia, en el cual se detalla la información básica sobre malestares en general de su salud, preferencias del ejercicio físico recreativo, datos personales entre otros aspectos. Es importante rescatar que la población en estudio, en su totalidad pasan muy ocupadas con los quehaceres del hogar y en el cuidado de su hijo con discapacidad, por lo que tienen poco o nada de tiempo libre para ellas mismas y si lo tienen, no lo dedican a sus propias necesidades; ya que han dejado de lado sus exigencias personales y anulan sus sentimientos como mujeres. Esto llevó a que la población que estaba participando en la realización de los módulos, se iniciara con un total de treinta madres, y que en el transcurso de los mismos tuviese una participación intermitente, por lo cual se limita a solo once madres que participaron en un el 95 % de la implementación de los módulos. El nivel de escolarización con el que cuenta la población es muy

básico ya que en su mayoría solo completaron la primaria y en un caso en particular no sabe leer ni escribir. Al igual en la mayoría se casaron o tuvieron hijos a muy temprana edad, lo que les dificultó la capacitación a nivel educacional y contar con otras opciones de vida.



En el gráfico anterior se muestra la distribución por edades de las madres participantes de las cuales, dos se encuentran entre los 15 a 25 años de edad, otras dos tienen de 26 a 36 años de edad, y al igual dos de ellas entre los 48 a 58 años de edad y las cinco restantes se encuentran entre los 37 a 47 años de edad.

Dentro de la descripción de los sujetos se encontró que toda la población son amas de casa, de las cuales ocho son casadas, dos son solteras y una vive en unión libre, cinco de ellas tienen tres hijos los cuales viven con ellas. En este grupo de madres la discapacidad de mayor afección de sus hijos es el síndrome

de Down, con cinco niños (as), tres niños (as) con parálisis cerebral infantil, dos niños (as) con retardo mental y uno con otro síndrome.

En cuanto al rol del cuidado del niño con discapacidad, ocho de ellas llevan la mayor parte del mismo y seis la responsabilidad de la educación, mientras que solamente dos de ellas comparten con su pareja esta responsabilidad. Esto hace una relación del doble trabajo que ellas ejercen en cuanto a facilitar las necesidades básicas del niño, que por si mismo no logran realizar.

Dentro de los sentimientos más frecuentes acerca de la discapacidad de sus hijos (as) son aceptación, lo seleccionan nueve de ellas, la angustia la marcan siete de ellas, la esperanza y el enojo seis de ellas, la alegría cinco de ellas, el temor, la tristeza y la impotencia cuatro de ellas la seleccionan. Las 11 madres no tiene dudas acerca de la discapacidad de su hijo (a), al igual todas presentan un gran interés en conocer y aprender el manejo adecuado del niño (a).

A pesar de que todas las madres en el estudio aceptan realmente la discapacidad de su hijo o hija y desean conocer y aprender acerca de la misma, todas manifestaron la necesidad de llorar. La mayoría de las madres tienen temor por el futuro de su hijo (a) con discapacidad, y dentro de las perspectivas para el futuro están que caminen, que hablen, que se integren a un sistema regular educativo y sean independientes en las actividades de la vida diaria.

Sin embargo, los cuatro casos de madres con niños que presentan discapacidades con mayor compromiso del desarrollo motor (parálisis cerebral infantil y otro síndrome), tienen falsas expectativas hacia el futuro de sus hijos, entre las opciones marcadas están que caminen y que sean independientes cuando, en su totalidad posiblemente siempre van a depender de un adulto para alcanzar sus necesidades de la vida diaria. De lo que se puede concluir, que se encuentran en la primera fase de duelo la negación de la discapacidad real del niño, y aún así expresan que aceptan la condición actual de su hijo (a).

Es importante rescatar que la mayoría de los casos de madres con niños y niñas con necesidades educativas especiales los integraron a las diferentes actividades familiares.

De las madres en el estudio nueve ellas presentan poco tiempo libre y dos nada de tiempo libre para ellas mismas durante el transcurso del diario vivir. Esto confirma la presunción de no tener tiempo para ellas mismas y el no poder priorizar el espacio para realizar actividades educativas y recreativas que les ayuden distraerse de su vida diaria.

Dentro de las participantes nueve no realizan ningún tipo de actividad física actualmente y las dos restantes marcan la opción positivamente. Pero la mayoría afirman sentirse mejor tanto en el nivel físico como emocional después de realizar alguna actividad física. Algunas opiniones acerca del porque realizar ejercicio

físico de mayor a menor están: para mejorar la salud y su apariencia física, para recrearse, descansar del cuidado de los hijos y de lo cotidiano.

En cuanto a la pregunta de cómo se sienten con su apariencia física, diez madres con niños y niñas NEE se encuentran insatisfechas y dentro de los cambios que realizarían mencionan: bajar de peso, tener más energía y sentirse mejor, tonificar sus músculos, y eliminar dolores en general.

De las participantes del estudio ocho de ellas no padecían ningún tipo de enfermedad crónica. Dentro del estudio se encontró a una de ellas con hipertensión arterial y dos de las madres presentaban problemas vasculares.

En la opción que se refería a sí sentían molestias o dolores en alguna región de su cuerpo ocho de ellas marcaron afirmativo siendo el principal padecimiento el dolor de espalda, cabeza, cuello, extremidades inferiores y superiores.

4.2. Cuestionario de “Malestares Generales”

A continuación se detallan los resultados del cuestionario “Malestares Generales” entre el inicio y el final de la implementación de los módulos, mediante la siguiente tabla.

Tabla 2. Estadística descriptiva e inferencial y porcentajes de cambio en los ítems del cuestionario “Malestar General” entre el pretest y el posttest

Pregunta	Z	p	Pretest	Postest	Diferencia entre Pretest y Postest	Porcentaje de cambio
1. Después de que me levanto me siento cansada y abatida	-0.97	0.33	1.45	1.09	0.36	24.83%
2. Me canso muy fácil	-0.82	0.41	1.64	1.45	0.19	11.58%
3. Tengo dolor de cabeza	-1.26	0.21	1.55	1.18	0.37	23.87%
4. Mi corazón late descontrolado	-0.45	0.65	0.82	0.91	-0.09	-10.97%
5. Tengo problemas para dormirme y para dormir	-1.41	0.16	1.45	1.00	0.45	31.03%
6. Con solo que camine un poquito estoy sin aire	-1.61	0.11	1.55	1.00	0.55	35.48%
7. Tengo dolores en la espalda	-1.42	0.15	2.09	1.36	0.73	34.92%
8. Mi estomago reacciona muy sensible	-0.28	0.78	1.00	0.91	0.009	9%
9. Repentinamente me pongo a sudar	0	1	1.18	1.18	0	0%
10. Tengo dolores en los hombros	-0.55	0.58	1.09	0.91	0.18	16.51%
11. Durante el trabajo, de repente me doy cuenta que estoy contraída	-1.51	0.13	1.27	0.73	0.54	42.51%
12. Tengo dolores en el nivel de cadera	-1.61	0.11	1.36	0.64	0.72	52.94%
13. Tengo dolores en las piernas	-2.33	0.02	1.64	1.00	0.64	39.02%
14. Tengo problemas digestivos	-1	0.31	1.45	1.09	0.36	24.82%

Referencia: Allmer, H., Kleinert, J., Knobloch, J. & Niehues, C. (1991).

La tabla anterior muestra la totalidad de los resultados del cuestionario “Malestares Generales” entre el pretest y el postest de 11 madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales del Centro de Enseñanza Especial de Heredia. Se aplicó una prueba no paramétrica de dos muestras relacionadas de rangos con signos en pares de Wilcoxon a cada pregunta del cuestionario sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en ninguna pregunta, pero al observar los porcentajes de cambio se encontraron cambios favorables en la totalidad de los ítems. En la tabla se detalla un porcentaje de cambio del 24.83% lo que se puede interpretar que las madres se sienten menos cansadas y abatidas después de que se levantan. El dolor de cabeza tuvo un cambio favorable del 23.87% en las madres. En los problemas de conciliar el sueño y dormir se muestra que disminuyó favorablemente en 31.03%. En cuanto al dolor de espalda hubo un porcentaje de cambio favorable del 34.92% después de la participación de los módulos.

4.3. Cuestionario de “Vivencias del Estrés en la Última Semana”

A continuación se especifican los resultados del cuestionario “Vivencias del Estrés en la Última Semana” entre el inicio y el final de la implementación de los módulos, en la siguiente tabla.

Tabla 3. Estadística descriptiva e inferencial y porcentajes de cambio en los ítems del cuestionario “Vivencias del Estrés en la Última Semana” entre el pretest y el postest

Pregunta	Z	p	Pretest	Postest	Diferencia entre Pretest y Postest	Porcentaje de cambio
1. He visto mucha televisión	-0.26	0.89	1.91	1.82	0.09	5%
2. Me he reído	-0.10	0.33	0.73	0.36	0.37	51%
3. He estado de poco animo	-1.50	0.13	1.36	0.91	0.45	33%
4. Me he sentido bastante relajada	-0.97	0.93	1.45	1.36	0.09	6%
5. He estado de buen humor	-0.48	0.70	0.55	0.64	-0.09	16%
6. No me he podido concentrar bien	-0.56	0.58	0.91	1.09	-0.18	20%
7. He tenido muchos conflictos conmigo	-1.70	0.08	1.55	0.73	0.82	53%
8. La he pasado bien con las amigas	-1.63	0.10	0.91	0.45	0.46	50%
9. He tenido dolores de cabeza	-0.90	0.37	1.55	1.27	0.28	18%
10. El trabajo me ha cansado demasiado	-0.70	0.49	1.64	1.45	0.19	11%
11. He sentido algunas molestias físicas	-2.06	0.04	2.00	1.27	0.73	36%
12. Me ha enojado más de la cuenta	-1.73	0.08	1.45	0.91	0.54	37%
13. Me he sentido abatida	-1.27	0.21	1.18	0.82	0.36	30%
14. He dormido riquísimo	-1.73	0.08	1.27	0.73	0.54	42%
15. He estado saturada hasta el cuello	-2.10	0.37	1.55	0.45	1.1	71%
16. Mi estado anímico ha sido bueno	-1.41	0.16	0.73	0.36	0.37	51%
17. Me he sentido exhausta	-2.37	0.02	1.64	0.73	0.91	55%
18. He tenido un sueño muy intranquilo	-1.41	0.16	1.45	0.82	0.63	43%
19. Me he enojado mucho	-1.15	0.25	1.55	1.09	0.46	30%
20. Me he sentido incapaz	-0.97	0.48	1.09	0.82	0.27	25%
21. He estado bastante enfadada	0	1	1.09	1.09	0	0%
22. He pospuesto el trabajo	-0.70	0.58	1.00	0.82	0.18	18%
23. He tomado decisiones importantes	-1.89	0.05	0.91	0.45	0.46	50%
24. He estado bajo mucha presión	-1.48	0.17	1.82	1.18	0.64	35%

Referencia: Allmer, H., Kleinert, J., Knobloch, J. & Niehues, C. (1991).

De los resultados de la tabla anterior se destacan del cuestionario “Vivencias del Estrés”, al aplicar una prueba no paramétrica de dos muestras relacionadas de rangos con signos en pares de Wilcoxon a cada pregunta del cuestionario. En la mayoría de las respuestas del cuestionario entre el pretest y posttest se observan porcentajes de cambio favorables en el manejo del estrés, sin embargo solo en los ítems 11, 15 y 17 se demuestran diferencias significativas; los ítems 15 y 17 están relacionados con el sentirse saturada y exhausta. Los resultados nos indican que al bajar el nivel de saturación han bajado el nivel de cansancio. En el estado anímico hubo un porcentaje de cambio del 16% positivo. En la pregunta no me he podido concentrar bien hubo un porcentaje de cambio positivo del 20%, lo que quiere decir que las madres se lograron concentrar más. En cuanto a las preguntas 13 y 24 que se relacionan con el desánimo, cansancio y estados de mucha presión se denota un porcentaje de cambio favorable con respecto al pretest donde las madres han disminuido estos sentimientos.

4.4. Cuestionario de “Inventario de la Depresión de Aarón Beck”

A continuación se puntualizan los resultados del cuestionario “Vivencias del Estrés en la Última Semana” entre el inicio y el final de la implementación de los módulos, en la siguiente tabla.

Tabla 4. Estadística descriptiva e inferencial y porcentajes de cambio en los ítems del “Inventario de la Depresión de Aarón Beck” entre el pretest y el postest

N	Pregunta	Z	p	Pretest	Postest	Diferencia entre Pretes y Postest	Porcentaje de cambio
1.	Desanimado	-0.67	0.56	0.36	0.27	0.09	25%
2.	Pesimismo	0	1	0.27 □	0.27 □	0	0%
3.	Fallar/ rehusar	0	1	0.00 □	0.00 □	0	0%
4.	Insatisfacción	-1.41	0.16	0.45	0.27	0.18	40%
5.	Sentimientos de culpa	-2	0.46	0.36	0.00	0.36	100%
6.	Necesidad de castigo	-1	0.32	0.27	0.00	0.27	100%
7.	Auto desprecio	0	1	0.09	0.09	0	0%
8.	Auto crítico	-0.67	0.66	0.91	0.45	0.46	100%
9.	Impulsos suicidas	0	1	0.00 □	0.00 □	0	0%
10.	Llanto	0	1	0.18	0.18	0	0%
11.	Irritabilidad	-0.69	0.49	0.64	1.00	-0.36	56.25%
12.	Aislamiento social	-1	0.31	0.00	0.09	-0.09	0%
13.	Indecisión	-1	0.31	0.64	0.45	0.19	29.68%
14.	Auto imagen negativa	-0.37	0.70	0.45	0.55	-0.1	22.22%
15.	Incapacidad para el trabajo	0	1	0.55	0.55	0	0%
16.	Problemas para dormir	-1	0.31	1.00	0.73	0.27	27%
17.	Cansancio	-1	0.31	0.73	0.55	0.18	24.65%
18.	Pérdida del apetito	-1.41	0.15	0.27	0.09	0.18	66.66%
19.	Pérdida de peso	-0.81	0.41	0.64	0.36	0.28	43.75%
20.	Hipocondría	-2	0.04	0.73	0.36	0.37	50.68%
21.	Pérdida de libido	-1.06	0.28	0.18	0.55	-0.37	205.55%

Referencia: Hautzinger, Beiler, Worall, Keller, (1994)

La tabla número cuatro del “Inventario de la Depresión de Aaron Beck” se observa un porcentaje de cambio favorable en la mayoría de los ítems. Según la

escala de este test el 0 puntos sería lo mejor y 3 puntos es lo peor, por lo tanto en los sentimientos de insatisfacción en el postest se refleja un porcentaje de cambio del 40% favorable en relación al pretest. En la afirmación necesidad de castigo se presenta un porcentaje de cambio del 100% donde en la totalidad de las participantes marcaron la opción 0 la de mejor puntaje. En cuanto a la autocrítica se presenta un porcentaje de cambio positivo del 100%. Al respecto de la pérdida del libido aumento a un 205.5% el porcentaje de cambio lo que indica que se triplicó, en su mayoría marcaron la opción con un valor de 0 puntos (no ha observado ningún cambio en mi interés por el sexo). Es importante recalcar en este test existieron diferencias significativas entre el pretest y el postest en el ítems 5 (sentimientos de culpa) y en el ítems 20 (hipocondría), lo cual podría interpretarse como una mejoría en el conocimiento de la discapacidad de su hijo (a) y la percepción de las necesidades como persona.

En las siguientes tablas se describen las frecuencias absolutas y relativas de los cuestionarios “Malestar General”, “Vivencia del estrés en la última semana” y del “Inventario de la Depresión de Aarón Beck” entre el pretest y el postest.

Tabla 5. Estadística descriptiva de las frecuencias absolutas y relativas en los ítems del cuestionario “Malestar General” entre el pretest y el postest

	Pretest		Postest	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa
Malestar mínimo (0-11)	2	18.1	3	27.2
Malestar leve (12-23)	6	54.5	8	72.7
Malestar moderado (24-33)	3	27.2	0	0
Malestar alto (34-42)	0	0	0	0
Total	11	100	11	100

La tabla número cinco nos indica las frecuencias absolutas y relativas entre la medición inicial y final del cuestionario “Malestar General” en las once madres participantes. Para su interpretación es importante aclarar que esta categorización se realiza sumando el total de los ítems, dando un valor para cada una de las preguntas de 0 puntos a 3 puntos según la opción seleccionada por cada participante. Se indican el valor cero para ilustrar que no hubo valores de malestar alto en el pretest ni en el postest, y que en el postest se obtuvo valor de cero en el malestar moderado lo que muestra que las madres se sintieron mejor al finalizar los módulos. Se encontraron aumentos entre el malestar mínimo donde cambio de 18.1 a 27.2 puntos, y malestar leve de 54.5 puntos a 72.7 puntos del pretest al postest.

Tabla 6. Estadística descriptiva de las frecuencias absolutas y relativas en los ítems del cuestionario “Vivencias del estrés en la última semana” entre el pretest y el postest

	Pre test		Postest	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa
Estrés mínimo (0-18)	2	18.1	4	36.3
Estrés leve (19-36)	5	45.4	6	54.5
Estrés moderado (37-54)	4	36.3	1	9.1
Estrés alto (55-72)	0	0	0	0
Total	11	100	11	100

Para la interpretación de la tabla número seis sobre las frecuencias absolutas y relativas entre el pretest y el postest del cuestionario “Vivencias del Estrés en la Última Semana”. Se muestran el valor cero para efectos ilustrativos de que ninguna de las madres presentó estrés alto al inicio ni al final del estudio. Se encontró que en el postest ambas frecuencias presentan incremento en estrés mínimo pasando al inicio de 18.1 puntos a 36.3 puntos. Al igual pasa con estrés leve se encuentra un aumento del postest en relación al pretest pasando al inicio de una frecuencia relativa de 45.4 puntos al postest de 54.5 puntos. A excepción del estrés moderado que disminuye las frecuencias relativas de 36.3 puntos a 9.1 puntos en la evaluación final. Por lo consiguiente es posible pensar en una mejoría en el nivel de estrés de las madres.

Tabla 7. Estadística descriptiva de las frecuencias absolutas y relativas en los ítems del cuestionario “Inventario de la Depresión de Aaron Beck” entre el pretest y el postest.

	Pretest		Postest	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Negación de la depresión (0-4)	3	27.2	5	45.4
Población normal (5-9)	4	36.3	3	27.2
Depresión leve (10-18)	3	27.2	3	27.2
Depresión moderada (19-29)	1	9.1	0	0
Depresión severa (30-63)	0	0	0	0
Posible exageración de la depresión (> 40)	0	0	0	0
Total	11	100	11	100

En la tabla anterior se muestran las frecuencias absolutas y relativas de los ítems del cuestionario “Inventario de la Depresión de Aaron Beck” entre el pretest y el postest. Se presenta el valor cero para puntualizar que las madres no presentaron depresión severa ni posible exageración de la depresión en el pretest ni en el postest. En la categoría de la negación de la depresión al inicio presenta 27.2 puntos y al final un 45.4 puntos en la frecuencia relativa. En depresión leve se mantiene iguales las frecuencias. Y en el postest ninguna madre indica depresión moderada.

Capítulo V

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue determinar los efectos de los módulos educativos y ejercicio físico recreativo, sobre malestar general, vivencia del estrés y la depresión en once madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales del centro de Enseñanza Especial de Heredia, por medio de charlas y ejercicio aeróbico.

Dentro de los resultados encontrados en la presente investigación se demuestra que la población en estudio presenta estrés, depresión y algias corporales. La mayoría de las madres tiene temor por el futuro de sus hijos (as); y dentro de las expectativas para el futuro de su hijo (a), están que caminen, que hablen y se integren a un sistema educativo regular; sin embargo en algunos casos en particular ésto no se puede realizar, por la condición cognitiva y motora de sus hijos (as).

En relación al párrafo anterior se encuentra un estudio de Özlem y colegas donde 52 madres de niños (as) con parálisis cerebral y un grupo control de 67 madres de niños (as) sin discapacidad, que coinciden con los resultados con el presente estudio; los cuales indican que existe una relación entre los niveles de discapacidad funcional de los (as) niños (as) y la angustia psicológica de las madres por lo cual requieren un apoyo psicológico regular. También los resultados refieren niveles altos de los síntomas de depresión y ansiedad en las madres de

niños (as) con parálisis cerebral. De igual forma las madres se preocupan por el futuro y aceptación de sus hijos (as) en su entorno social, y donde estas emociones maternas pueden causar el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad. Concluyen que hay muy pocos estudios que hayan abordado directamente los efectos del estado psicológico de las madres de niños (as) con discapacidad por lo que existe una necesidad en evaluar los cambios y características de esta población en estudio (Özlem et al, 2007).

Investigaciones más recientes sobre el estrés familiar se han centrado en estudiar la respuesta de la familia ante eventos de la vida más infrecuentes como tener un (a) hijo (a) prematuro (a) y con enfermedad crónica o discapacidad (Crnic et al, 1983).

Ceylan y Aral (2007), concuerdan con este estudio, en que se les aplica la escala de depresión de Beck y muestran un mayor porcentaje de depresión las madres que no tienen a su hijo (a) con discapacidad integrado en un sistema de educación regular en comparación a las madres que sí lo tienen en un sistema de educación integral y escuela pública. El estudio mencionado anteriormente demuestra que las madres que tienen niños (as) con discapacidad que no se encuentran integrados (as) a la educación regular poseen mayor nivel de depresión que las madres que sí tienen sus niños (as) integrados (as), por lo cual el estudio conlleva a la comparación de la investigación actual que concuerda que las madres manifiestan estrés y depresión por la situación de vida de tener un (a) hijo (a) con discapacidad.

Dentro de los resultados en el cuestionario de “Malestar General” se encuentran porcentajes de cambios favorables -24.83% de las madres, en que presentan menos cansancio y abatimiento después de que se levantan. El dolor de cabeza tuvo un cambio favorable del -23.87% en las madres. En los problemas de conciliar el sueño y dormir se muestra que disminuyó favorablemente en -31.03%. Es posible que los cambios encontrados en este grupo de madres se hayan dado por la participación y práctica de los módulos educativos de actividades físicas-recreativas de las madres.

En cuanto al dolor de espalda hubo un porcentaje de cambio favorable del -34.92% después de la participación de los módulos. Al finalizar la implementación de los módulos educativos de ejercicio físico recreativo las madres han disminuido su malestar en general y se encuentran con mayor frecuencia en un malestar mínimo y leve. Y ninguna de ellas presenta malestar general moderado. Aunque estadísticamente estos resultados no fueron significativos, es importante destacar que en esta población de alto riesgo de padecer malestares generales, ocasionará una mejoría en ellas, ya que les ayudo a encontrar espacios para sí mismas y en función de sus propias necesidades como personas, y disminuir los niveles de malestar en general.

Los estudios que han investigado la relación entre el ejercicio físico y las disminuciones en los niveles de depresión y ansiedad han afirmado de manera concluyente que el ejercicio motivó al cambio en el estado de ánimo, sino más bien que el ejercicio parece estar asociado a cambios positivos en los estados de

ánimo (Weinberg y Gould, 1999). Esto se demuestra en el estudio realizado en las madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales realizado en el Centro de Enseñanza Especial de Heredia, ya que en los resultados se observan porcentajes de cambios favorables en los malestares generales, niveles de estrés y depresión como se detalla a continuación.

En un artículo de la evaluación de la calidad de vida de las madres con niños (as) con parálisis cerebral (PC), confirman los resultados obtenidos en el presente estudio, dicho artículo presenta una muestra de 40 madres de niños (as) con parálisis cerebral y 44 madres de niños (as) con problemas de salud menores. Dentro de los resultados encontrados, el perfil de calidad de vida de ambos grupos es diferente. En el grupo de las madres que tienen un (a) niño (a) con PC en los ítems que miden aspectos de salud física, actividades de la vida diaria y aquellas que interfieren en cuanto a su trabajo, sueño insuficiente, refieren una intensidad subjetiva del efecto del dolor como normal dentro y fuera del hogar. También identifican que el cuidado diario (bañarlo, vestirlo, cambios de posiciones y darle de comer) del (la) niño (a) con discapacidad interfiere en la salud o problemas emocionales y actividades sociales normales de las madres por lo cual se presentan sentimientos o sensaciones físicas que pueden indicar la posible presencia de ansiedad o depresión. Concluyen que las madres al ser el cuidador principal, es el centro de apoyo a las necesidades de los (as) niños (as) con parálisis cerebral y si esta falta el niño o la niña sufre; por lo cual se debe prestar más atención a las necesidades de las madres, desarrollando programas

psicosociales eficaces y sostenibles para proporcionar apoyo a las necesidades especiales del niño o niña y la familia (Universidad Baskent, 2004).

Entre los resultados de la evaluación inicial del cuestionario “Vivencias del Estrés en la Última Semana” se encuentran elevados índices del mismo y al finalizar la implementación de los módulos educativos de ejercicio físico recreativo, se observan mejorías en la relajación, humor, buen ánimo donde se mostró un porcentaje de cambio del 16% positivo. Entre los resultados de este cuestionario entre el pretest y posttest se observan porcentajes de cambio favorables en el manejo del estrés, sin embargo solo en los ítems 'He estado saturada hasta el cuello' y 'Me he sentido exhausta', señalan diferencias significativas; datos que indican que al bajar el nivel de saturación han bajado el nivel de cansancio.

En la pregunta “no me he podido concentrar bien” hubo un porcentaje de cambio positivo del 20% sin embargo, esto refleja que las madres posiblemente por las charlas se han cuestionado alguno de los temas expuestos y han tenido tiempo para pensar cerca de cómo se sienten. Se halló en el posttest, que ambas frecuencias presentan incremento en estrés mínimo pasando del inicio de 18.1 puntos a 36.3 puntos, estos resultados demuestran que las madres después de la implementación de los módulos se encuentran menos estresadas.

De igual forma pasa con estrés leve se encuentra un aumento del posttest en relación al pretest. A excepción del estrés moderado que disminuye las

frecuencias relativas en la evaluación final. En el nivel en general las madres presentan menor estrés al concluir los módulos.

Morgan y Goldston (1987), explican que el ejercicio físico está relacionado con la reducción de emociones vinculadas al estrés, como el estado de ansiedad. La ansiedad y la depresión son síntomas habituales de fracaso en el afrontamiento del estrés mental, y al ejercicio físico se le ha relacionado con una disminución del nivel de bajo a moderado en la depresión y la ansiedad. Dando una posible respuesta a los resultados obtenidos en el presente estudio.

Es importante recalcar que en los resultados del “Inventario de la Depresión Aaron Beck” existieron diferencias significativas entre el pretest y el postest en las preguntas de sentimientos de culpa y en la de hipocondría, lo cual podría interpretarse como una mejoría en el conocimiento de la discapacidad de su hijo (a) y la percepción de las necesidades como persona información dadas durante los módulos. En general las madres muestran una tendencia a mejorar la depresión al finalizar la aplicación del módulo educativo y el ejercicio físico recreativo. Ya que se presentaron cambios positivos en los porcentajes de cambio en las preguntas de necesidad de castigo, autocrítica y en la pérdida del libido se triplicó lo cual indica que las madres no han observado cambios en su interés por los encuentros sexuales.

Es importante resaltar que en la categoría de la negación de la depresión al inicio presenta 27.2 puntos y al final un 45.4 puntos en la frecuencia absoluta. En

depresión leve se mantiene iguales las frecuencias. Y en el postest ninguna madre indica depresión moderada. Tampoco las madres presentan depresión severa ni posible exageración de la depresión.

Estos cambios positivos en las madres en estudio podrían deberse, a la capacitación por medio de los módulos ya que al ser una estrategia de aprendizaje cuyo objetivo era concientizar y despertar el interés por el valor de cada una de ellas y el mejorar su condición actual tanto física como emocional, por los temas relacionados a la autoestima, inteligencia emocional, imagen corporal, entre otros que ayuden a que las madres se sientan mejor.

Ceylan y Aral, (2007) en un artículo sobre la correlación entre la depresión y la desesperanza en 126 madres de niños (as) con discapacidad de 5 años y 7 años de edad, utilizan la escala de depresión de Beck y la escala de desesperanza de Beck y un formulario de información general, los resultados mostraron una correlación positiva y significativa entre depresión y desesperanza lo que significa que a mayores niveles de desesperanza mayores niveles de depresión.

Capítulo VI

CONCLUSIONES

El objetivo principal del estudio fue evaluar el impacto a nivel físico y emocional de los módulos educativos mediante dos mediciones a lo largo de las ocho semanas en las madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales del centro de Enseñanza Especial de Heredia, sobre malestar general, vivencia del estrés y depresión, cuyos resultados muestran diferencias significativas en la variable de estrés y depresión, sin embargo, los porcentajes de cambio y las frecuencias relativas y absolutas fueron favorables mostrando una tendencia a la mejoría.

Se diseñaron y aplicaron los módulos educativos y ejercicio físico recreativos según la planificación del tipo de ejercicio físico aeróbico de baja a moderada intensidad, al igual que la organización de los diferentes temas a tratar en la parte teórica de los módulos. Los resultados demuestran la disminución de los niveles de estrés, depresión y de las algias corporales en las madres de niños y niñas del Centro de Enseñanza Especial de Heredia.

Es importante recalcar que el desarrollar el módulo teórico antes del práctico, fue un medio para la toma de consciencia del tema expuesto, que generó discusión entre las madres y ejemplos de su vida diaria. También creó mayor confianza de grupo y aceptación de la actividad física en el desarrollo del módulo práctico.

A cerca de los resultados encontrados en el malestar mínimo se muestra un aumento en dos de las participantes en el inicio del estudio y al final tres de las participantes lo presentan. De igual manera se presenta un aumento del malestar leve de seis de las participantes en el pretest y ocho de las participantes en el posttest. Sin embargo, si hubo una disminución en el malestar moderado, ya que en el pretest tres de ellas lo presentaban y en el posttest ninguna lo manifiesta. Lo que indica que al final de la implementación de los módulos educativos y de actividad física recreativa las madres sienten menos malestares generales.

En los resultados del cuestionario “Vivencias del Estrés” en cuanto a las frecuencias relativas en el posttest ambas frecuencias relativas presentan incremento en estrés mínimo pasando al inicio de 18.1 puntos a 36.3 puntos. De igual forma pasa con estrés leve, se encuentra al inicio una frecuencia relativa del 45.4 puntos y al final de las mediciones un 54.5 puntos. A excepción del estrés moderado que disminuye del 36.3 puntos a 9 puntos en la evaluación final. Además solo en los ítems 'He estado saturada hasta el cuello' y 'Me he sentido exhausta', señalan diferencias significativas. Lo que señala los módulos educativos y de actividad física recreativa ayudó a que las madres se sienten menos estresadas después de la participación de los mismos.

En cuanto a los resultados dados del “Inventario de la Depresión de Aaron Beck”, al inicio y al final del estudio se muestra que las frecuencias absolutas en la categoría de la negación de la depresión, al inicio la presentan tres de ellas y al final cinco de las participantes del estudio. Y en el posttest ninguna de las madres

indica depresión moderada. Se indica que existieron diferencias significativas entre el pretest y el posttest en las preguntas de sentimientos de culpa y en la de hipocondría, lo cual podría interpretarse como una mejoría en el conocimiento de la discapacidad de su hijo (a) y la percepción de las necesidades como persona, lo cual favoreció la participación.

También se encuentran dentro de los resultados en el cuestionario de información general los sentimientos de mayor prevalencia en el presente estudio, en las participantes son deseos de llorar en el total de la población, angustia lo presentan siete de las madres, enojo seis de ellas y temor, tristeza e impotencia cuatro de ellas, siendo estos síntomas de depresión. Por lo cual se concluye que esta población es vulnerable a padecer depresión en algún momento de sus vidas.

Con ello se evidencia que existe una necesidad en esta población y que este primer intento por brindar una atención a la misma debe tener continuidad como proyecto institucional. De manera que los padres de familia reciban un abordaje que responda a sus necesidades.

Capítulo VII

RECOMENDACIONES

Sería importante investigar en un futuro estudio si existe relación de mejoría al aplicar solo un módulo educativo teórico a un grupo de madres y otro grupo de madres donde se apliquen ambas metodologías teóricas y prácticas, para estimar en cuanto mejora tanto la parte física como emocional. Para cuantificar los alcances reales de los módulos.

Sin embargo tanto para la implementación de los módulos educativos de ejercicio físico recreativo es importante y necesario impartirlos en un ambiente privado, fresco, agradable y con espacio físico para que las participantes se sientan cómodas en el desarrollo de los módulos.

Tanto en los módulos teóricos y prácticos debe emplearse un vocabulario simple y sencillo para el buen entendimiento de las participantes del estudio, por lo general presentan niveles bajos de escolaridad.

Los temas a tratar en los módulos teóricos deben estar relacionados con los intereses de las madres y así poder discutir un mismo tema en varias sesiones para poder profundizar, para lo que se requiere más tiempo al impartir los módulos teóricos.

En los módulos prácticos debe planificarse que los ejercicios físicos recreativos tengan un adecuado nivel de progresividad en cuanto a su intensidad, ya que la mayoría de las participantes son sedentarias.

Es imprescindible establecer que los módulos educativos y de ejercicio físico recreativo de las madres no sea solamente por un periodo de tiempo de dos meses, sino que debe realizarse desde que inicia hasta que finaliza el curso lectivo, y a la vez ser un proyecto institucional del centro.

Crear una estrategia de divulgación de los módulos educativos y de actividad física recreativa para una mayor participación de las madres. Buscar patrocinadores que ayuden promocionar las actividades educativas y de ejercicio físico.

Realizar evaluaciones después de cada sesión establecida, para corroborar la aceptación y los objetivos de cada actividad.

En los centros de enseñanza especial del país, se debe brindar a las madres información de los diferentes módulos planteados en esta investigación por parte de un equipo interdisciplinario conformado por las diferentes especialidades (psicología, trabajo social, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, educación física, docentes, entre otros). El mismo debe impartirse en todos los niveles de atención de los estudiantes establecidos en el centro educativo.

Dar seguimiento a las madres participantes para detectar que cambios han tenido en su vida diaria a través del tiempo de haber participado en los módulos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA) & Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE). (2005). *“Propuesta de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Rehabilitación”*, Agencia Japonesa de Cooperación Internacional y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial: “Diagnostico Nacional sobre Servicios de Rehabilitación”. San José, Costa Rica.
- Alarcón, N. (2006). *La actividad física en la mujer de hoy*. Recuperado de <http://www.portalfitness.com/Nota.aspx?i=600>
- Allmer, H., Kleinert, J., Knobloch, J. & Niehues, C. (1991). *Berufliche Belastung und Erholung: Analyse betrieblicher Erholungsprozesse*. Köln: Deutsche Sporthochschule, Psychologisches Institut (traducido por Ureña).
- Álvarez, J. (1994). *El Manual Merck*. (9a. Ed.) Madrid, España: Ediciones Harcourt S. A.
- Álvarez, J. (1999). *El Manual Merck*. (10a. Ed.) Madrid, España: Ediciones Harcourt S. A.
- American College of Sports Medicine (ACSM). (2009) *ACSM’s Resource manual for guidelines for exercise testing and prescription*. (6a. Ed.) Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins.
- Arimany, I. (2000). *Estrés Laboral*. Recuperado de <http://centros5.pntic.mec.es/ies.ria.del.carmen/opinion/estresdelprofesorado.htm>. Actualizado el 5 de septiembre del 2009.
- Biddle, S. (2000). *Emoción, el estado anímico y la actividad física*. La actividad física el bienestar psicológico, pág. 63-87. Londres: Routledge.
- Bowlby, J. (1977). *Themaking and breaking of affectional bonds, I and II*. British Journal of Psychiatry, 130, 201-210, 421-431.

- Cabañas, R.; Martínez, P. & Riego, M. (2004). *Análisis de la motivación de las mujeres para la práctica de actividades físicas según la edad*. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd72/mujeres.htm>. Actualizado el 5 de septiembre del 2009.
- Campabadal, M. (2004). *El niño con discapacidad y su entorno*. 2. reimp. de la 1. Ed. San José, Costa Rica: EUNED.
- Capra, F (2003). *El punto crucial*. Buenos Aires: Editorial Estaciones.
- Centro de Investigación del Cáncer Fred Hutchinson. (2006). *El Ejercicio te Puede Proteger el Cuerpo Contra el Cáncer*. Recuperado de <http://www.fhcr.org/portal/es/prevencion/ejercicio.html>.
- Ceylan, R y Aral, N. (2007). *An Examination of the correlation between depression and hopelessness levels in Mothers of disabled children*. Social Behavior & Personality: An International Journal, vol. 35 Issue 7, p 903. Recuperado de <http://search.ebscohost.com>.
- Crnic, K. A.; Greenberg, M. T. ; Ragozin, A. S. ; Robinson, M. y Bash-man, R. B. (1983). *Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infanc*. Child Development. 54, 209-217.
- Diccionario de Medicina Océano Mosby. (2000). España: Editorial Océano. Traducción de la 4^o edición.
- Fauci, S.; Braunwald, E.; Kasper, L.; Hauser, L.; Longo, L. & Jameson, J. (2000). *Principios de Medicina Interna*. Editorial: McGrawHill, 16^a ed. México.
- Fernández, L. (2000) *Roles de Género-Mujeres Académicas-¿Conflictos?*. Facultad de Psicología y Cátedra de la Mujer. Universidad de la Habana. Recuperado de <http://www.oei.es/salactsi/lourdes.htm>. Actualizado el 5 de mayo del 2009.
- Galán, E. (2007). *Tratamiento de la depresión. Un estudio histórico*. Recuperado de http://www.fcgjung.com.es/art_138.html. Actualizado el 5 de mayo del 2009.

Glidden, I y Schoolcraft, S. (2003). *La depresión: su trayectoria y cuestiones conexas en madres de crianza de niños con discapacidad*. Diario de investigación de discapacidad intelectual, vol. 47, No 4/5, p 250-263, p 14. Recuperado de <http://search.ebscohost.com>.

Hautzinger, M., Beiler, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.

Herrera, A. y Ovaes, M. (1996). *Familia y calidad de vida de las personas con discapacidad física y mental*. Facultad de Educación, Universidad de Costa Rica.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2000). XI Censo Nacional de Población y V de Vivienda. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/archivos%20SerieCensal%20xls/ResulCenso2000.pdf>

Instituto Nacional de la Salud Mental. *Depresión* (Modificado en enero del 2009). Recuperado el de <http://www.geosalud.com/depresión>.

Insua, M. (Septiembre, 2003). *Factores neurotróficos y ejercicio*. Entidad responsable: Revista Digital Buenos Aires - año 9 - n.º 64. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd64/neurot.htm>. Actualizado el 22 de abril del 2009.

Inventario de Depresión de Beck Bdi - II – Beck. Medición clínica en Psiquiatría y Psicología. Recuperado de http://www.tematika.com/libros/ciencias_de_la_salud_naturales_y_divulgacion_cientifica—7/psicologia—5/test—6/inventario_de_depression_de_beck_bdi__ii—423839.htm. Actualizado el 22 de abril del 2009.

Inventario de depresión de Beck. (Beck Depression Inventory, BDI). Recuperado de <http://www.tengodepresionyansiedad.com/images/INVENTARIO%20DE%20DEPRESION%20DE%20BECK.pdf>. Actualizado el 22 de abril del 2009.

Kubler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. España: Ediciones Gribalbo.

- Lamb, D. (2008). *The Leisure Lives of Parents and the Impact of Parenthood on Family Leisure*. Australasian Parks & Leisure, vol.11 Issue 2, p 38, 3p. Recuperado de <http://search.ebscohost.com>
- Lazaruz, R. S., y Folkman, S. (1986 a): *El concepto de Afrontamiento en Estrés y procesos cognitivos*, Ediciones Martínez Roca. S. A., Barcelona, España, pág 140-244.
- Lopategui, E. (2000). *Estrés: concepto, causa y control*. Universidad Interamericana de PR - Metro, Facultad de Educación, Departamento de Educación Física Revista Digital. Recuperado de <http://www.saludmed.com/Documentos/Estres.html>.
- López-Ibor, J. y Valdés, M. (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson
- López-Ibor, J. y Valdés Miyar, M. (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. [Versión electrónica]. Barcelona: Masson. Recuperado de <http://www.personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv.html>.
- Mackey, S. y Goddard, L. (2006). *La experiencia de la salud y el bienestar en las madres de niños pequeños con discapacidad intelectual*. Oficial de Discapacidad Intelectual, vol.10 Issue 4, p.305-315, 11p. Recuperado de <http://search.ebscohost.com>.
- Marcenko, M. y Meyers, J. (1991). *Mothers of Children with Developmental Disabilities: Who Shares the Burden?*. Family Relations; vol.40 Issue 2, p 186-190, 5p. Recuperado de <http://www.search.ebscohost.com>.
- Marci, J.; Hanson, PH. D. (2004). *Veinticinco años de Intervención Temprana un seguimiento de niños con Síndrome de Down y sus familias*. Recuperado de http://www.down21.org/links/conjunto_asociaciones.htm. Este trabajo ha sido traducido con autorización de la revista *Infants and Young Children*, 16(4): 354-365, 2003.
- Merín, J. ; CanoVindel, A. y Tobal, J. (1995). *El estrés laboral: bases teóricas y marco de interpretación*. Ansiedad y estrés. 1 (2-3), 113-130.

- Morgan, W. P. y Goldston, S. E. (1987). *Exercise and Mental Health*. New York: Hemisphere.
- Oman, F. y Oman, K. (2003). *A Case-Control Study of Psychosocial and Aerobic Exercise Factors in Women With Symptoms of Depression*. *Journal of Psychology* Jul 2003, vol. 137 Issue 4, p. 338-353. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=10664494&lang=es&ehost-live>.
- Ortigosa, J., Quiles, M, y Méndez, F. (2003). *En Manual de Psicología de la Salud con Niños, Adolescentes y Familia*. España: Psicología Pirámide. Pág. 48-71.
- Özlem,A; Akin, I; Sait, A; Savas, K; Metin, E & Leman, E. (2007). *Anxiety and depression levels in mothers of children with cerebral palsy*. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol. 53.Issue 1, p 22. Recuperado de <http://search.ebscohost.com>.
- Padeliadu, S. (1998). *Time demands and experienced stress in Greek mother of with Down`s Syndrome*. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol.42 Inssue 2, p 144-153, 10p, 3 charts. Recuperado de <http://www.search.ebscohost.com>.
- Peréz, H.E. (2007). *Estadística para las Ciencias Sociales del Comportamiento y la Salud*. (3ra. Ed.) Editorial Cengage Learning. Thomson Internacional.
- Roseel, K. (2004). *Apego y vinculación en el Síndrome de Down una emergencia afectiva*. Entidad responsable Unidad de Neonatología, Hospital Clínico Amarrán. Recuperado de [http:// www. revistapediatrica. cl/vol1num1.pdf/apego](http://www.revistapediatrica.cl/vol1num1.pdf/apego).
- Shea, T. M. y Bauer, A. M. (1999). *Educación Especial un Enfoque Ecológico*. Mexico: editorial: McGraw-Hill.
- Skotko, B. y Canal, R. (2004). *Apoyo Postnatal para madres de niños con Síndrome de Down*. Entidad responsable Revista Síndrome de Down. Recuperado de <http://www.infonegocio.com/downcan/.../Apoyo%20postnatal%20ok.pdf>

Soria, E. (2000). *Bases para el abordaje del estrés en la práctica médica*. Entidad responsable: Revisión bibliográfica 2000. Recuperado de <http://www.monografias.com>. Actualizado el 15 de abril de 2009.

Universidad Baskent, Ankara, Turquía. (2004). *An evaluation of quality of life of mothers of children with cerebral palsy*. *Disability and rehabilitation*.; vol. 26, nº23, 1354-1359. Recuperado de <http://www.search.ebscohost.com>

Ureña, P. (2004). *Correlatos psicológicos y actividades deportivas*. Escuela de Ciencias de la Salud. Editorial: Publicaciones Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.

Varela, G.; Salinero, J.; Sevilla, C.; Lemus, F. & Gómez, C. (2001). *Estrés laboral*. Recuperado de <http://www.oadl.dipcaceres.org/GuiaLUCES/es/Contenidos/Capitulo07.htm>.

Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico terapia*. Editorial: Paídos. Barcelona, España.

ANEXOS

ANEXO I

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
MÓDULOS EDUCATIVOS DE ACTIVIDAD FÍSICA- RECREATIVA
EN MADRES CON NIÑOS Y NIÑAS DE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES
2007**

FECHA	MARTES	JUEVES
SEMANA # 1	21/08/07 MÓDULO DE INTRODUCCIÓN 1. Explicación de los módulos educativos de ejercicio físico recreativo: - En que consisten cada uno de ellos y cual va hacer la metodología que se desarrollará. 2. Medición del cuestionario para madres con niños y niñas de necesidades educativas especiales del Centro de Enseñanza Especial de Heredia. 3. Ejercicio físico: estiramiento (cuello, brazos y piernas).	23/08/07 MÓDULO DE BENEFICIOS EJERCICIO FÍSICO 1. Charla sobre beneficios de la actividad física. 2. Medición de los instrumentos de: estrés, malestar general y depresión. 3. Ejercicio físico: baile popular (video).
SEMANA # 2	28/08/07 MÓDULO DE ALGIÁS VERTEBRALES 1. Definición de algías vertebrales. 2. Anatomía de la columna vertebral. 3. Causas de dolor y tratamiento. 4. Ejercicio físico: baile popular (video).	30/08/07 MÓDULO DE HIGIENE DE COLUMNA 1. Posturas correcta/incorrectas: -Al sentarse. -Al dormir. -Levantar pesos y realizar diferentes actividades de la vida diaria. 2. Ejercicio físico: ejercicios para tener una columna vertebral saludable.
SEMANA # 3	04/09/07 MÓDULO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL 1. Definición de inteligencia emocional. 2. Conceptos claves de inteligencia emocional. 3. Ejercicio físico: yoga.	06/09/07 MÓDULO DE TIEMPO LIBRE 1. Definición de tiempo libre. 2. Como administrar de manera apropiada nuestro tiempo libre. 3. Actividad práctica sobre tiempo libre. 4. Ejercicio físico: yoga.
SEMANA # 4	11/09/07 MÓDULO DE NUTRICIÓN 1. Nutrición balanceada: -Definición: carbohidratos, proteínas, grasas, minerales y vitaminas. 2. Ejercicio físico: baile popular.	13/09/07 MÓDULO DE NUTRICIÓN 1. Nutrición balanceada: - Como comer saludable. - Menús balanceados. 2. Actividad física: aeróbicos.
SEMANA # 5	18/09/07 MÓDULO DE ENFERMEDADES SOMATICAS 1. Definición, causas, sintomatología, y tratamiento. 2. Ejercicio físico: yoga.	20/09/07 MÓDULO DE GENERO 1. Diferentes roles de la mujer en la sociedad. 2. Video de roles de la mujer y el hombre. 3. Comentarios sobre el video. 4. Ejercicio físico: danza del vientre.

SEMANA # 6	25/09/07 MÓDULO RELAJACIÓN 1. Respiración abdominal y diafragmática. 2. Musicoterapia con técnica de relajación. 3. Ejercicio físico: baile danza del vientre.	27/09/07 MÓDULO MUJER Y AUTOCONCEPTO 1. Rol de la mujer. 2. Autoestima. 3. Depresión. 4. Ejercicio físico: estiramiento cuello, brazos, tronco y piernas.
SEMANA # 7	02/10/07 MÓDULO DE IMAGEN CORPORAL 1. Actividad de percepción de las diferentes partes del cuerpo al ritmo de la música. 2. Ejercicio físico: taebo.	04/10/07 MÓDULO TÉCNICAS DE MAQUILLAJE 1. Técnicas prácticas de maquillaje con respecto a los diferentes tipos de rostro. 2. Las participantes practican las diferentes técnicas de maquillaje en ellas mismas. 3. Ejercicio físico: baile popular (video).
SEMANA # 8	09/10/07 MÓDULO RECREACIÓN 1. ¿Qué es? 2. ¿Cuáles actividades son de recreación? 3. Y su importancia. 4. Actividad física: juegos lúdicos.	11/10/07 MÓDULO ACTIVIDAD LIBRE 1. Actividad libre: -Pintar como se sienten. -Cada una de las madres expone su pintura. 2. Actividad física: baile popular (video).
SEMANA # 9	16/10/07 ACTIVIDAD DE CIERRE 1. Mesa redonda 2. Medición final de los cuestionarios y del inventario 3. Almuerzo compartido aplicando los conocimientos adquiridos durante la implementación de los módulos educativos y físicos.	

ANEXO III

Cuestionario de Malestares Generales (Allmer et al. 1991)

Presentación: El propósito fundamental de este instrumento es registrar información sobre molestias de tipo general que puedan afectar a las personas.

Instrucciones: A continuación se ofrece una serie de afirmaciones relacionadas con malestares corporales. Favor indicarnos con qué frecuencia experimenta usted este tipo de molestias. Su tarea consiste en marcar con una equis (X) el número que de acuerdo con la escala de valoración se ajuste más a su caso.

Escala de valoración: 0= Nunca, 1= Rara vez, 2= Algunas veces y 3= Con bastante frecuencia.

Afirmaciones	0	1	2	3
1. Después de que me levanto me siento aun cansada y abatida				
2. Me canso muy fácil				
3. Tengo dolor de cabeza				
4. Mi corazón late descontrolado				
5. Tengo problemas para dormirme y para dormir				
6. Con solo que camine un poquito estoy sin aire				
7. Tengo dolores en la espalda				
8. Mi estómago reacciona muy sensible				
9. Repentinamente me pongo a sudar				
10. Tengo dolores en los hombros				
11. Durante el trabajo, de repente me doy cuenta que estoy contraída				
12. Tengo dolores a nivel de cadera				
13. Tengo dolores en las piernas				
14. Tengo problemas digestivos				

Referencia: Allmer, H., Kleinert, J., Knobloch, J. & Niehues, C. (1991). Berufliche Belastung und Erholung: Analyse betrieblicher Erholungsprozesse. Köln: Deutsche Sporthochschule, Psychologisches Institut (traducido por Ureña).

ANEXO IV

Vivencia de estrés en la última semana (Allmer et al. 1991)

Presentación: El objetivo central de este instrumento es registrar información sobre la forma en que la persona se ha sentido y comportado en transcurso de la última semana.

Instrucciones: A continuación se le presentan una serie de afirmaciones que podrían relacionarse con su caso particular en la última semana. Por favor, anote con qué frecuencia se ajustan a su caso, cada una de las afirmaciones expuestas. Marque con una equis (X) el número que mejor corresponda a su valoración.

Escala de valoración: 0= Nunca, 1= Rara vez, 2= Algunas veces y 3= Con bastante Frecuencia.

En la última semana ...	0	1	2	3
1. He visto mucha televisión				
2. Me he reído				
3. He estado de poco ánimo				
4. Me he sentido bastante relajada				
5. He estado de muy buen humor				
6. No me he podido concentrar bien				
7. He tenido muchos conflictos conmigo				
8. La he pasado bien con las amigas				
9. He tenido dolores de cabeza				
10. El trabajo me ha cansado demasiado				
11. He sentido algunas molestias físicas				
12. Me he enojado más de la cuenta				
13. Me he sentido abatido				
14. He dormido riquísimo				
15. He estado saturado hasta el cuello				
16. Mi estado anímico ha sido bueno				
17. Me he sentido exhausta				
18. He tenido un sueño muy intranquilo				
19. Me he enojado mucho				
20. Me he sentido incapaz				
21. He estado bastante enfadada				

22. He pospuesto el trabajo				
23. He tomado decisiones importantes				
24. He estado bajo mucha presión				

Referencia: Allmer, H., Kleinert, J., Knobloch, J. & Niehues, C. (1991). Berufliche Belastung und Erholung: Analyse betrieblicher Erholungsprozesse. Köln: Deutsche Sporthochschule, Psychologisches Institut (traducido por Ureña).

ANEXO V

Inventario de la Depresión de Aaron Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante LA ÚLTIMA SEMANA INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones de cada grupo antes de hacer la elección.

Nombre:

Fecha:.....

- 0. No me siento triste.
 - 1. Me siento triste.
 - 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - 3. Me siento tan triste o desgraciada que no puedo dejar de estarlo.
-
- 0. No me siento especialmente desanimada de cara al futuro.
 - 1. Me siento desanimada de cara al futuro.
 - 2. Siento que no hay nada por qué luchar.
 - 3. El futuro es desesperanzador y no hay nada por qué luchar.
-
- 0. No me siento como una fracasada
 - 1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
 - 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
 - 3. Soy un fracaso total como persona.
-
- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - 2. Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
 - 3. Estoy insatisfecha o aburrida respecto a todo.
-
- 0. No me siento especialmente culpable.
 - 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - 3. Me siento culpable constantemente.
-
- 0. No creo que esté siendo castigada.
 - 1. Siento que quizá este siendo castigada.
 - 2. Espero ser castigada.
 - 3. Siento que estoy siendo castigada.
-
- 0. No estoy descontenta de mi misma.
 - 1. Estoy descontenta de mi misma.
 - 2. Estoy a disgusto de mi misma.
 - 3. Me detesto.
-
- 0. No me considero peor que cualquier otra.
 - 1. Me auto critico por mi debilidad o por mis errores.
 - 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
 - 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
-
- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - 1. A veces pienso en suicidarme pero no lo haré.
 - 2. Desearía poner fin a mi vida.
 - 3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
-
- 0. No lloro más de lo normal.
 - 1. Ahora lloro más que antes.

- 2. Llora continuamente.
 - 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 0. No estoy especialmente irritado.
 - 1. Me molesto o me irrito más fácilmente que antes.
 - 2. Me siento irritado continuamente.
 - 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
- 0. No he perdido el interés por los demás.
 - 1. Estoy menos interesada en los demás que antes.
 - 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
 - 3. He perdido todo interés por los demás.
- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
 - 1. Evito tomar decisiones más que antes.
 - 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - 3. Me es imposible tomar decisiones.
- 0. No creo que tengo peor aspecto que antes.
 - 1. Estoy preocupado porque parezco envejecida y poco atractiva.
 - 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hace parecer poco atractiva.
 - 3. Creo que tengo un aspecto horrible.
- 0. Trabajo igual que antes.
 - 1. Me cuesta más esfuerzo que antes comenzar a hacer cosas.
 - 2. Tengo que obligarme a mí mismo a hacer algo.
 - 3. Soy incapaz de llevar a cabo alguna tarea.
- 0. Duermo tan bien como siempre.
 - 1. No duermo tan bien como antes.
 - 2. Me despierto 1- 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
 - 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 0. No me siento más cansada de normal.
 - 1. Me canso más que antes.
 - 2. Me canso cuando hago cualquier cosa.
 - 3. Estoy demasiado cansada para hacer algo.
- 0. Mi apetito no ha disminuido.
 - 1. No tengo tan buen apetito como antes.
 - 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
 - 3. He perdido completamente el apetito.
- 0. No he perdido peso últimamente.
 - 1. He perdido más de dos kilos.
 - 2. He perdido más de cuatro kilos.
 - 3. He perdido más de siete kilos.
- Estoy tratando intencionalmente de perder peso Si____ No____
- 0. No estoy preocupada por mi salud.
 - 1. Me preocupan los problemas físicos como los dolores, etc, el malestar de estómago o los catarros.
 - 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
 - 3. Estoy tan preocupada por las enfermedades que no puedo pensar en otra cosa.
- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
 - 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
 - 2. Estoy mucho menos interesada en el sexo que antes.
 - 3. He perdido totalmente el interés sexual.

Anexos VI

Resultados del *Cuestionario de Malestares Generales entre el pretest y el postest*

Escala de valoración: 0= Nunca, 1= Rara vez, 2= Algunas veces y 3= Con bastante frecuencia.

Nota: el número que aparece en cada columna equivale al número de madres que seleccionó esa opción por pregunta. Los números que aparecen en morado son del pretest y los números que aparecen en verde son del postest.

Afirmaciones	Pretest				Postest			
	0	1	2	3	0	1	2	3
1. Después de que me levanto me siento aun cansada y abatida	3	1	7	1	4	4	2	1
2. Me canso muy fácil	1	5	3	3		4	7	
3. Tengo dolor de cabeza	2	3	4	2	2	4	5	
4. Mi corazón late descontrolado	3	7	1		4	6	1	
5. Tengo problemas para dormirme y para dormir	5	2	1	3	4	4	2	1
6. Con solo que camine un poquito estoy sin aire	3		7	1	4	4	3	
7. Tengo dolores en la espalda		2	6	3	1	4	3	3
8. Mi estómago reacciona muy sensible	4	4	2	1	6	3	1	1
9. Repentinamente me pongo a sudar	6	1	2	3	6	1	1	3
10. Tengo dolores en los hombros	6	1	2	3	4	4	3	
11. Durante el trabajo, de repente me doy cuenta que estoy contraída	3	4	3	1	6	2	3	
12. Tengo dolores a nivel de cadera	4	1	5	1	6	2	3	
13. Tengo dolores en las piernas	1	5	2	3	5	1	5	
14. Tengo problemas digestivos	5	2	1	3	7		2	2

Anexos VII

Resultados del *Cuestionario de Vivencia de estrés en la última semana entre el pretest y el postest*

Escala de valoración: 0= Nunca, 1= Rara vez, 2= Algunas veces y 3= Con bastante Frecuencia.

Nota: el número que aparece en cada columna equivale al número de madres que seleccionó esa opción por pregunta. Los números que aparecen en morado son del pretest y los números que aparecen en verde son del postest.

En la última semana ...	Pretest				Postest			
	0	1	2	3	0	1	2	3
1. He visto mucha televisión	1	2	4	4		4	6	1
2. Me he reído		2	4	5	7	1	3	7
3. He estado de poco ánimo	3	2	4	2	4	3	4	
4. Me he sentido bastante relajada	3	1	5	2	2	2	4	3
5. He estado de muy buen humor	2	1	3	5		3	2	6
6. No me he podido concentrar bien	4	4	3		2	5	4	
7. He tenido muchos conflictos conmigo	5	2	2	3	6	2	3	
8. La he pasado bien con las amigas	1	2	1	7		1	3	7
9. He tenido dolores de cabeza	1	4	5	1	3	2	5	1
10. El trabajo me ha cansado demasiado	1	3	5	2	2	4	4	1
11. He sentido algunas molestias físicas	1	3	3	5	3	3	3	2
12. Me he enojado más de la cuenta	1	4	5	2	5	3	2	1
13. Me he sentido abatido	3	3	5		5	2	4	
14. He dormido riquísimo		5	4	2	1	1	4	5
15. He estado saturado hasta el cuello	3	1	5	2	5	5	1	
16. Mi estado anímico ha sido bueno		1	6	4		1	4	7
17. Me he sentido exhausta	4	1	3	4	4	4	3	

18. He tenido un sueño muy intranquilo	2	5	2	2	6	1	4	
19. Me he enojado mucho	2	2	6	1	4	4	2	2
20. Me he sentido incapaz	4	3	1	3	4	5	2	1
21. He estado bastante enfadada	4	2	4	1	2	6	2	1
22. He pospuesto el trabajo	5	3	2	1	5	4	1	1
23. He tomado decisiones importantes	1	1	6	3		1	6	4
24. He estado bajo mucha presión	3	2	4	3	5	1	2	3

Anexos VIII

Resultados del Inventario de la Depresión de Aaron Beck *entre el pretest y el postest*

Nota: el número que aparece en cada columna equivale al número de madres que seleccionó esa opción por pregunta. Los números que aparecen en morado son del pretest y los números que aparecen en verde son del postest.

N	Pregunta	Pretest				Postest			
		0	1	2	3	0	1	2	3
22.	Desanimado	8	2	1		7	4		
23.	Pesimismo	8	2	1		8	1	2	
24.	Fallar/ rehusar	10	1			11			
25.	Insatisfacción	6	5			8	3		
26.	Sentimientos de culpa	6	5			10		1	
27.	Necesidad de castigo	10			1	11			
28.	Auto desprecio	9	2			10	1		
29.	Auto crítico	9	1		1	9	2		
30.	Impulsos suicidas	11				11			
31.	Llanto	8	3			8	3		
32.	Irritabilidad	3	8			6	3	2	
33.	Aislamiento social	10	1			9	2		
34.	Indecisión	6	2	2	1	7	1	3	
35.	Auto imagen negativa	6	4	1		7	2	2	
36.	Incapacidad para el trabajo	6	4	1		7	2	2	
37.	Problemas para dormir	2	7	2		5	2	4	
38.	Cansancio	4	7			6	4	1	
39.	Pérdida del apetito	7	4			10	1		
40.	Pérdida de peso	7	2		2	8	2	1	
41.	Hipocondría	4	7			6	5		
42.	Pérdida de libido	8	3			8	1	1	1

Anexo VI

Cronograma de los módulos educativos y de actividad física recreativa

Sesión n° 1.

Tema: "Introducción al programa de módulos educativos y de actividad física recreativa"

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Bienvenida	Agradecimiento a las madres por la participación en la actividad.	5 minutos
Presentación	Se presenta la facilitadora del proyecto.	5 minutos
Explicación del programa	Se explica en que consiste los módulos educativos y la actividad física, que se realiza en el transcurso del proyecto. El proyecto tendrá una duración de dos meses, con dos sesiones por semana y el tiempo de cada sesión será de una hora. En cada sesión se recibirá una parte teórica y una practica de acuerdo al modulo que se implemente cada día de sesión.	10 minutos
Recolección de datos	Aplicación del cuestionario 1 (véase, Anexo n° II). Se pasa hoja de asistencia.	20 minutos
Ejercicio físico	Estiramiento de cuello, brazos y piernas.	20 minutos
Despedida	Se agradece a las madres la participación y se invita para la próxima sesión.	5 minutos

Sesión n° 2.**Tema: "Módulo de beneficios de la actividad física"**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Explicación de la importancia del ejercicio físico	Se explica la importancia de realizar algún tipo de actividad física, y los parámetros para realizarla adecuadamente en cuanto al tiempo de duración, ritmo, secuencia, hidratación, y ropa adecuada.	10 minutos
Recolección de datos	Medición de los instrumentos de: Cuestionario #2 malestares generales. Cuestionario #3 vivencia del estrés. Inventario de la depresión, (véase Anexos N° III, N° IV, y N° V)	30 minutos
Ejercicio físico	Baile popular (video)	20 minutos

Sesión n° 3.**Tema: "Módulo de algías vertebrales"**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Exposición magistral de la anatomía de la columna vertebral, dolor y tratamiento.	Anatomía de la columna vertebral, causas de dolor y tratamiento. Dolor lumbar: Dolor en la región lumbar baja, lumbosacra o sacroilíaca. Causas Intrínsecas y Extrínsecas del dolor lumbar. Ejemplos: Hernia de disco intervertebral, Osteoporosis, Artritis reumatoidea, Fracturas y Tumores, Contracturas musculares entre otros. Tratamientos para disminuir el dolor.	30 minutos
Ejercicio físico	Baile popular (video).	30 minutos

Sesión n° 4.**Tema: "Módulo de higiene postural"**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Charla sobre higiene postural, y las posturas correctas en las actividades de la vida diaria.	Se explica la importancia del higiene postural y se realiza un taller teórico-practico de las diferentes posturas en las actividades de la vida diaria.	30 minutos
Ejercicio físico: Ejercicios para tener una columna saludable	Todas las participantes con ropa cómoda se acuestan en colchonetas para realizar los diferentes ejercicios de estiramiento y fortalecimiento de la columna vertebral.	30 minutos

Sesión n° 5.**Tema: "Módulo de inteligencia emocional"**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Charla sobre inteligencia emocional	Definición y conceptos claves: Principios de inteligencia emocional. La inteligencia personal. La inteligencia interpersonal. Las emociones y algunos ejemplos. Conclusiones practicas para una adecuada inteligencia emocional.	30 minutos
Ejercicio físico	Yoga	30 minutos

Sesión n° 6.**Tema: “Módulo de tiempo libre”**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Charla practica sobre el tiempo libre.	Como distribuir las actividades de la vida diaria. Realizar un desglose de las actividades cotidianas. Como llegar a tener el tiempo libre y utilizarlo de una manera adecuada.	30 minutos
Ejercicio físico	Yoga	30 minutos

Sesión n° 7 y 8.**Tema: “Módulo de nutrición”**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
En la sesión n° 7 se da una charla sobre nutrición.	Definición: carbohidratos, proteínas, grasas, minerales y vitaminas. Recomendaciones para una dieta balanceada.	30 minutos
En la sesión n° 8 se da una charla sobre nutrición balanceada.	Como comer saludable. Grupos alimenticios: almidones o harinas, carnes, frutas y vegetales, lácteos, grasas y azúcar. Menús balanceados.	
Ejercicio físico	Sesión n° 7: Baile popular Actividad a cargo: Lic. Gerald Salazar, UNA. Sesión n° 8:	30 minutos

Sesión n° 9.**Tema: “Módulo de enfermedades somáticas”**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Charla sobre enfermedades somáticas.	Definición de enfermedades somáticas. Causas, sintomatología y tratamiento.	30 minutos
Ejercicio físico	Yoga	30 minutos

Sesión n° 10.**Tema: “Módulo de género”**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Charla sobre género.	Diferentes roles de la mujer en la sociedad. Video de los roles de la mujer y el hombre en nuestra sociedad. Comentarios sobre el video entre la facilitadora y las participantes.	30 minutos
Ejercicio físico	Danza del vientre.	30 minutos

Sesión n° 11.**Tema: “Módulo de relajación”**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Charla sobre relajación.	Definición y conceptos claves sobre relajación. Beneficios de la relajación. Recomendaciones para obtener una optima relajación.	30 minutos
Ejercicio físico	Danza del vientre.	30 minutos

Sesión n° 12.**Tema: “Módulo mujer y autoconcepto”**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Charla sobre mujer y autoestima.	Rol de la mujer y Autoestima. Dinámica del espejo: las participantes se encuentran sentadas en un semicírculo donde se les entrega un espejo a cada una y luego se les pide que expresen lo que sienten al verse. Se les deja de tarea el decorar el espejo en el hogar y traerlo a la sesión de maquillaje.	30 minutos
Ejercicio físico	Estiramiento de: cuello, brazos, tronco y piernas.	30 minutos

Sesión n° 13.**Tema: "Módulo imagen corporal"**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Actividad de imagen corporal.	Actividad práctica sobre imagen corporal y percepción, al ritmo de la música se les guía para que realicen diferentes movimientos con su cuerpo.	30 minutos
Ejercicio físico	Taebo	30 minutos

Sesión n° 14.**Tema: "Módulo técnicas de maquillaje"**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Técnicas prácticas de automaquillaje.	Diferentes técnicas según el tipo de rostro, piel y características específicas. Los diferentes pasos para maquillarse, cada una practica en si misma.	30 minutos
Ejercicio físico	Baile popular (video)	30 minutos

Sesión n° 15.**Tema: "Módulo recreación"**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Practica sobre recreación.	Definición de recreación. Cuales son actividades de recreación. Su importancia en la vida diaria.	20 minutos
Ejercicio físico.	Juegos lúdicos	40 minutos

Sesión n° 16.**Tema: "Módulo actividad libre"**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Actividad libre de dibujo.	Se les entrega a cada una de las participantes papeles periódicos y marcadores de colores para que pinten como se han sentido en el transcurso de todo el proyecto, y luego se les pide a cada una de ellas que explique lo que dibujaron.	40 minutos
Ejercicio físico.	Baile popular (video)	20 minutos

Sesión n° 17.**Tema: “Módulo actividad de cierre”**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Mesa redonda.	Se hace un círculo con todas las participantes y se comentan los diferentes temas que se desarrollaron en los módulos.	20 minutos
Recolección de datos.	Medición de los instrumentos de: Cuestionario 2 malestares generales, Cuestionario 3 vivencia del estrés y Inventario de la depresión, (véase Anexos N° III, N° IV y N° V)	30 minutos
Almuerzo compartido.	Entre todas las participantes se realiza un almuerzo compartido y se le entrega un regalo a cada una de las participantes por parte de la facilitadora.	40 minutos

Anexo VII

Descripción de las sesiones

Primera sesión

“Introducción al programa de módulos educativos y de actividad física recreativa”

La implementación de los módulos educativos y de actividad física recreativa se realiza en el salón multiusos niño José Alberto Muñoz del Centro de Enseñanza Especial de Heredia. El cual cuenta con las características de espacio físico amplio, acogedor, limpio, fresco. El salón cuenta con privacidad por encontrarse lejos de donde están sus hijos (as).

Se da la bienvenida a las participantes al programa de módulos educativos y de ejercicio físico recreativo. Las madres se muestran interesadas y con muchas ganas de compartir entre ellas las diferentes actividades planificadas. La facilitadora se presenta ante el grupo de madres. Al igual que cada una de las participantes.

Se les brinda la explicación en que consisten los módulos educativos y de ejercicio físico recreativo. También se les aclara que la implementación de los módulos se realizará por un periodo de dos meses, con dos sesiones por semana y que el tiempo de cada sesión será de una hora, esta se dividirá en media hora teórica y la otra media hora práctica.

Se les explica la importancia de los diferentes temas que se expondrán en el transcurso de la implementación de los módulos, algunos de estos son: beneficios del ejercicio físico, algias vertebrales, higiene postural, inteligencia emocional, tiempo libre, nutrición, enfermedades somáticas, género, relajación, mujer y autoconcepto, imagen corporal, técnicas de maquillaje, recreación, y actividades físicas como baile popular, aeróbicos, taeko, yoga, danza del vientre, entre otros.

Luego se pasa el cuestionario #1 a cada una de las madres para información de datos personales, discapacidad que presenta su hijo o hija, la aceptación y sus sentimientos al respecto de la discapacidad, si tienen tiempo libre y sus afinidades en cuanto a la actividad física, si se encuentran satisfechas con su apariencia física actual, si padecen de alguna enfermedad y si presentan malestares o dolores en alguna parte de su cuerpo.

En el desarrollo del cuestionario a unas participantes se les dificultó el completar el mismo, es importante recalcar que una de ellas no sabía leer ni escribir, por lo cual se le realizó en forma oral.

Se les pide a las madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales que formen un semicírculo y que guarden distancia entre ellas de manera que se puedan mover sin dificultad; para dar inicio a la actividad física de estiramiento de cuello, brazos, tronco, cintura pélvica y piernas, con ejercicios de respiración. En esta actividad muchas expresaron que nunca habían hecho estos ejercicios, por lo tanto es imprescindible motivarlas a que ejecuten cada uno de los ejercicios y tener en cuenta el nivel de progresividad y las explicaciones de cada ejercicio físico específico.

Por último, nos despedimos y agradecemos la participación de todas en el programa de implementación de los módulos educativos y de ejercicio físico recreativo y se motiva a que continúen participando en las diferentes sesiones.

Segunda sesión
Tema: “Módulo de beneficios del ejercicio físico”

En la segunda sesión, hubo regular asistencia, siendo una de las causas de inasistencia la suspensión de clases de dos grupos de estudiantes, por que las maestras a cargo de esos dos grupos tenían una capacitación en la asesoría.

Se explica la importancia de realizar algún tipo de ejercicio físico, y los parámetros para realizarla adecuadamente en cuanto al tiempo de duración, ritmo, secuencia, hidratación, y ropa adecuada. Todo esto se hizo con una conversación fluida sin palabras técnicas para una adecuada comprensión y atención de las participantes sobre los beneficios físicos y psíquicos de la actividad física.

Terminada la charla se realiza la medición de los instrumentos de: estrés, malestar general, depresión y ejercicio físico, en la cual se tenía dispuesto veinte minutos para su elaboración, lo cual no fue suficiente, ya que hay madres que se les dificultó dar una respuesta, en los tres instrumentos y requerían de más tiempo, por lo que se tomó la decisión de que se llevaran el cuestionario incompleto para su hogar, regresándolo completo el día siguiente. Para dar inicio a la actividad física, siendo esta de baile popular (video), actividad espera por las madres.

Tercera sesión**Tema: “Módulo de algias vertebrales”**

La facilitadora realizó una charla sobre las generalidades de la columna vertebral, como su anatomía, causas de dolor y tratamiento; en el transcurso de la charla se trata de utilizar un lenguaje coloquial para entendimiento de todas las participantes. Las madres se mantuvieron interesadas en el tema y realizaron preguntas al respecto.

En la segunda parte de la sesión se realiza la actividad física programada para ese día, siendo esta de baile popular (video), es importante rescatar que hay una participación completa de las madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales en el desarrollo de la misma.

Cuarta sesión**Tema: “Módulo de higiene postural”**

Se imparte por medio de la facilitadora la charla sobre posturas correcta e incorrectas que se practican durante la vida diaria: al levantarse, al dormir, uso adecuado de la almohada, colchón adecuado, pasos para levantar objetos, descanso de la espalda con apoyo, la importancia de mantener la espalda recta en las diferentes posiciones como al conducir, al sentarse por ejemplo, distribución del peso por ejemplo al ir de compras o al llevar objetos, calzado adecuado y posiciones de descanso. En cada una de estas posturas se ejemplifica por medio de las participantes para una mayor comprensión del tema expuesto. Es considerable que la totalidad de las participantes aquejan de sentir o haber sentido dolores de espalda y cuello en algún momento de sus vidas.

El ejercicio físico para complementar el tema expuesto fue ejercicios para tener una columna vertebral saludable, todas las madres se mostraron sumamente interesadas en aprender a realizar estos ejercicios en particular.

Quinta sesión**Tema: “Módulo de inteligencia emocional”**

En este módulo se presenta la definición de inteligencia emocional y sus conceptos claves, como las emociones el control y el distinguir cada una de ellas en diferentes ámbitos de la vida. Dar la importancia del lugar que cada una ocupa, tanto para ellas mismas como para la familia. También se les habló de la importancia de desarrollar la inteligencia emocional, pues las hará mejores personas, y ayudará a que los demás lo sean. Dentro de las conclusiones del tema se les invita a sonreír con mayor frecuencia, a expresar sus sentimientos. Las participantes se sienten identificadas con el tema y hacen aportes al mismo con sus ejemplos de vida.

Para complementar el tema expuesto se realiza como actividad física una clase de yoga, al terminar la clase las madres expresan gran comodidad y se sienten contentas por la participación de toda la sesión.

Sexta sesión

Tema: “Módulo de tiempo libre”

Se introduce el tema de tiempo libre de una manera práctica y de fácil entender para las madres, la siguiente parte se trabajo con un esquema de tiempo libre, llamado de pastel el cual ellas deben marcar los espacios de las horas con las actividades que realizan cada día, se hace de manera libre donde cada participante podía preguntar, a veces reírse y compartir con las otras madres las horas que dedican cada actividad diaria, entre la confección del pastel se consultaba al encargado sobre los tiempo a las diferentes actividades que hacen.

Al finalizar de completar la gráfica se suma a cada una las horas que dedican a sus necesidades personales, siempre en un ambiente de relajado y de esta manera muy coloquial. Cada una apporto el tiempo, unas ya tienen un tiempo específico poco pero lo tienen, otras aportaron sus comentarios que realmente viendo su gráfica no tienen tiempo para ellas. De ahí el charlista guió la conversación hacia como dedicarse tiempo para ellas y como lograr hacer ese preciado tiempo donde ellas realicen actividades para su salud emocional y física. Terminada la actividad de tiempo libre se realiza la actividad programada de ejercicio físico: yoga. Las madres expresan sentirse a gusto con la clase impartida.

Sétima y Octava sesión

Tema: “Módulo de nutrición”

En este módulo estuvo a cargo de una nutricionista, dividiendo este en dos sesiones de trabajo la primera realiza una exposición, sobre una nutrición balanceada haciendo referencia de las diferencias de los nutrientes (carbohidratos, proteínas, grasas, minerales y vitaminas), y ejemplos de cada uno de ellos.

También se dan recomendaciones generales para poder mantener una adecuada alimentación como: prefiera granos enteros, cuide el consumo de grasa y azúcar, no salte comidas, tomar mucho agua y hacer cinco comidas al día en pequeñas porciones y cocinar con poca grasa, sal y azúcar.

En esta primera sesión la actividad física fue a cargo de un instructor de baile por lo cual las madres se encontraron muy motivadas a realizarla.

En la segunda sesión de nutrición balanceada detalla varios ejemplos de menús saludables y prácticos de ejecutar para las madres en sus hogares. En este en particular las madres muestran mucho interés por ponerlo en práctica para mejorar sus hábitos alimenticios.

Y en la segunda sesión se realizó una clase de aeróbicos de bajo impacto por medio de un instructor, todas las madres participaron y disfrutaron de la clase.

Novena sesión

Tema: “Módulo de enfermedades somáticas”

Se realiza una charla sobre la definición, posibles causas, sintomatología, y tratamiento, de las enfermedades somáticas, las madres de niños y niñas con necesidades educativas especiales, se manifiestan impresionadas y realizan preguntas al respecto del tema desarrollado. La actividad física para ese día fue una clase de yoga, en la cual participan todas las participantes.

Décima sesión

Tema: “Módulo de género”

En este se imparten los diferentes roles de la mujer en la sociedad, en esta charla se implementa pasándoles una película corta, donde se cambian los roles de la mujer al hombre para generar polémica entre las participantes, en su mayoría se sienten identificadas con su diario vivir, y algunas de las expresiones de las madres son las siguientes: “definitivamente no delegamos funciones toda la responsabilidad la llevamos nosotras; por eso no tenemos tiempo para nada y siempre estamos cansadas; pienso en todo lo que tengo que hacer y me genera estrés de solo pensarlo”. En este módulo las madres expresan sus sentimientos entre ellas y la expositora, aunque algunas se muestran calladas al respecto.

La actividad física fue la danza del vientre, actividad muy esperada por todas las participantes, ya que era novedosa y ninguna había practicado antes, las madres se sintieron a gusto y se divirtieron mucho.

Undécima sesión

Tema: “Módulo de relajación”

En este módulo se les expone sobre los objetivos de la relajación, que esta debe ser voluntaria y libre para percibir los niveles más altos que un ser humano puede alcanzar, de calma, paz, felicidad, alegría. También se les enseña la diferencia de la respiración abdominal y diafragmática, junto con musicoterapia como técnica de relajación.

La actividad física desarrollada para las madres, ese día fue el baile de la danza del vientre, como era la segunda clase de este baile se sintieron más desinhibidas.

Décima segunda sesión

Tema: “Módulo mujer y autoestima”

En este módulo se desarrollo el tema mujer y autoestima de manera introductoria, seguidamente se realiza una dinámica del espejo, donde las participantes se encuentran sentadas en un semicírculo, se les hace entrega de un espejo a cada una y luego a cada una se le pide que exprese lo que siente al verse. Se deja de tarea el decorar el espejo en el hogar y traerlo la ultima sesión. Las madres se identifican con la actividad y logran expresar sentimientos al resto del grupo. La actividad física fue estiramientos de cuello, brazos, tronco y piernas.

Décima tercera sesión

Tema: “Módulo imagen corporal”

Se realiza una actividad dirigida de imagen corporal y de percepción, explicándoseles en que consisten estos términos, y se hace práctica de manera que se les guía a realizar diferentes movimientos que deben ir realizando al ritmo de la música. Se va incrementando el ritmo y la cadencia de los pasos, para generar un poco de mayor esfuerzo en las madres. Luego se realiza la actividad física con una clase de taebo para principiantes, las madres se encuentran motivadas y participan en su totalidad de la actividad.

Décima cuarta sesión

Tema: “Módulo técnicas de maquillaje”

En particular en este módulo se hace un cambio de actividad donde se realiza en primera instancia la actividad física de baile popular (video), para luego poner en práctica las técnicas de maquillaje que se van aprender en la charla; cada una de las participantes práctica con su propio maquillaje.

Décima quinta sesión

Tema: “Módulo recreación”

Esta actividad se introduce el tema mediante una charla corta sobre la importancia de la recreación y usarlo como una necesidad urgente y de hacerlo a diario. Luego de esa parte teórica se inicio con actividades lúdicas de actividad con bolas, hula hulas, juegos dinámicas de trabajo en grupo e individual, donde se tenían que desplazar por el espacio rápidamente, correr, saltar, conversar, dirigirse entre ellas, de paso reírse de ellas mismas y de las otras. Los comentarios finales eran que tenían muchos años de no hacer esto y que se divirtieron mucho. De fijo la actividad les subió las pulsaciones y se notaban agitadas al final. Es importante recalcar que la unión de grupo ayudó a que se sintieran desinhibidas y haciendo que la participación fuera muy provechosa.

Varias de ellas exponen de la siguiente manera:

“Hace años no jugaba así, hace años no me reía tanto, que divertido, que sudada y solo jugando”.

Décima sexta sesión

Tema: “Módulo de expresión artística libre”

Se motivó a las madres a que expresaran artísticamente lo que han sentido en el transcurso de la realización de los módulos, para lo cual se les repartió los siguientes materiales: papel periódico, pinceles, pinturas de diferentes colores, marcadores de colores. Luego se les pide que se distribuyan por todo el salón para que se sientan libres y puedan hacer lo que quieran. Una vez finalizada esta actividad se les solicito a las madres que explicaran lo dibujado.

Algunas de las madres les sintieron vergüenza de hablar en público pero con la motivación de las demás compañeras y de la encargada de la actividad lograron explicar lo dibujado, algunas de ellas explicaron lo siguiente:

“Antes sentía tristeza, depresión, soledad y miedo, ahora me siento feliz, aceptada y valoro a Dios por todo lo que nos ha dado en esta vida”

“Me identifique con una mariposa por que está libre, va de un lado a otro sin problemas”

“Dar gracias por sentirme apoyada y compartir con otras madres y reflejar algo bonito, el arco iris sale después de la lluvia”

“Me voy a sentir sola cuando esto se termine”

“Soy de pocas palabras me ha servido y estoy más contenta”

“Con estas actividades me he dado cuenta que necesito tiempo para mi y hacer lo que yo quiera”

La actividad física fue baile popular (video). Las madres se mostraban contentas y se divirtieron en la clase.

Décima séptima sesión

Tema: “Módulo actividad de cierre”

Se realizó la medición de los instrumentos finales. Y se compartió un almuerzo, el cual organizaron el grupo de madres, donde cada una se puso de acuerdo en que traer para compartir entre todas. Se realiza una mesa redonda para exponer sus opiniones acerca de la participación de los módulos educativos y de actividad física-recreativa, dentro de las expresiones de las madres se encuentran las siguientes:

“Estas actividades deberían hacerse siempre yo me sentí apoyada, muchas gracias”

“Son tan importantes lo hacen tomar conciencia de las cosas que uno hace mal, como no hacer ejercicio y comer mal, yo espero poner en práctica lo que aprendí”

“De las cosas más bonitas es que todas tenemos muchas cosas en común eso me hizo sentirme en confianza para hacer las diferentes actividades que nunca había hecho fue muy bueno me va hacer falta”.

Carta de una de las madres:

“Desde que soy mamá tuve que modificar muchas costumbres, pero más aún después de la discapacidad de mi hija fue más clara. He dejado de hacer deporte cosa que fue un verdadero sacrificio. Los paseos a lugares lejos y de extensión de tiempo han quedado suspendidos. Las horas de sueño son cada vez menos o con horarios muy claros sin derecho a ignorarlos. Los tiempos recreativos a o de esparcimiento donde sean solo para mi, se ven limitados ya que generalmente no hay niñeras que quieran cuidar chiquitos, mucho menos cuando hay medicamentos, riesgos de convulsiones, o alimentarlos por sonda. Las cosas que en algún momento pude hacer o ir de compras se ven sujetas a un presupuesto que contemple primero las necesidades de los chicos antes que las mías. Olvidarme de las cosas que me gustaría hacer como tener las uñas largas, vestir con ropa un poco menos sport, mantener el cabello largo ya que por falta de tiempo o por ser práctica es mejor dejar de intentarlo. La verdad el cansancio en ocasiones le gana a uno por lo que hasta para leer un libro, ver una película o simplemente sentarse a solo descansar, estos son como poco posibles ya que aunque se quiera y se este cansado, siempre hay que hacer muchas cosas que interrumpen dichas actividades”.