



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“CONDICIÓN MOTRIZ EN RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE LA
VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL
HOGAR MIGUEL LEÓN”.CUENCA 2016**

**Proyecto de investigación previa a la obtención del título
de Licenciada en Enfermería**

AUTORAS:

Karla Lorena Calle Arcentales

Teresita Johanna Cayamcela Aucancela

DIRECTORA:

Lcda. Patricia Piedad Naulaguari Medina

CUENCA - ECUADOR

2016



RESUMEN

Antecedentes: Desde años atrás se ha comprobado en forma paulatina que el envejecimiento poblacional a nivel mundial se acompaña de una serie de cambios morfológicos, fisiológicos y psicológicos que se dan como consecuencia de la acción del tiempo.

Objetivo general: Describir la condición motriz en relación con las actividades de la vida diaria en Adultos Mayores institucionalizados en el Hogar Miguel León, Cuenca, 2016.

Metodología: se realizó un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo a una muestra de 61 adultos mayores, a la vez que se aplicó una encuesta, el test de Tinetti y la escala de Barthel.

Resultados: 69% de los adultos mayores son mujeres, viudas (39,3%) y solteras (29,5%), el 47,50% lleva entre uno y tres años residiendo en el mismo. El 82% considera que las actividades que realizan son buenas para su salud; y el 39,3% lo que hace es caminar. El 41% son hipertensos y el 24,59% diabéticos que también padecen de osteoporosis, lo que se relaciona estrechamente con que el 60,65% tienen riesgo severo de caídas por dificultades en el equilibrio y la marcha.

Conclusiones: La escala de Tinetti y Test de Barthel aplicados en los 61 adultos mayores institucionalizados en el hogar Miguel León de la ciudad de Cuenca, contribuyó a descubrir el nivel de disminución de la capacidad motriz en relación con las actividades de la vida diaria.

Palabras claves: CONDICIONAMIENTO FÍSICO HUMANO, GERIATRIA, ADULTO MAYOR, TEST DE TINETTI, TEST DE BARTHEL.



ABSTRACT

Background: Since years ago has been found in gradually aging population worldwide is accompanied by a series of morphological, physiological and psychological changes that occur as a result of the action of time.

Objective: To describe the driving condition in relation to the activities of daily life in institutionalized elderly at Home Miguel Leon, Cuenca, 2016.

Methodology: A quantitative study was conducted descriptive to a sample of 61 seniors, while a survey, the test of Tinetti and Barthel scale was applied. Results: 69% of seniors are women, widows (39.3%) and single (29.5%), the 47.50% takes between one and three years living in it. 82% believe that their activities are good for your health; and 39.3% it does is walk. 41% are hypertensive and 24.59% diabetics who also suffer from osteoporosis, which is closely related to the 60.65% have severe risk of falls by difficulties in balance and gait.

Conclusions: Tinetti scale and Barthel test applied in 61 institutionalized elderly at home Miguel León city of Cuenca, contributed to discover the level of reduction of motor capacity in activities of daily living.

Keywords: HUMAN PHYSICAL CONDITIONING, GERIATRICS, ELDERLY, TINETTI TEST, TEST BARTHEL.



CONTENIDO

RESUMEN:	2
ABSTRACT	3
1.1 INTRODUCCIÓN	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	16
CAPÍTULO II	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	17
2.1 Envejecimiento.....	17
2.2 Cambios en el envejecimiento humano.....	19
2.3 Actividades de la vida diaria (AVD)	20
2.4 Motricidad.....	20
2. 7 Sedentarismo del anciano.....	29
CAPÍTULO III	31
3. OBJETIVOS	31
3.1 OBJETIVO GENERAL:.....	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	31
CAPÍTULO IV.....	32
4DISEÑO METODOLÒGICO	32
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	32
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	32
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	32
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	32
4.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	33
4.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	35
4.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:	35
4.7 PROCEDIMIENTOS:	35
CAPÍTULO V.....	37
5. RESULTADOS	37
Tabla N° 1:.....	37
Tabla N° 2:.....	38
Tabla N°3:.....	39
Tabla N° 4:.....	40
Tabla N° 5:.....	41
Tabla N° 6:	42
Tabla N° 7:.....	43
Tabla N° 8:.....	44
Tabla N° 9:.....	45
Tabla N° 10:	46



CAPÍTULO VI.....	47
6. DISCUSIÓN.....	47
CAPÍTULO VII.....	50
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA.....	50
7.1 CONCLUSIONES.....	50
7.2 RECOMENDACIONES.....	51
7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
ANEXOS.....	56



Cláusula de derechos del autor

Yo, Karla Lorena Calle Arcentales, autora del proyecto de investigación **“CONDICIÓN MOTRIZ EN RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN”. CUENCA 2016**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 22 de agosto de 2016

Karla Lorena Calle Arcentales

C.I: 0302621453



Cláusula de derechos del autor

Yo, Teresita Johanna Cayamcela Aucancela, autora del proyecto de investigación **“CONDICIÓN MOTRIZ EN RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN”**.CUENCA 2016, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 22 de agosto de 2016

Teresita Johanna Cayamcela Aucancela

C.I: 0105218648



Cláusula de responsabilidad

Yo, Karla Lorena Calle Arcentales, autora del proyecto de investigación **“CONDICIÓN MOTRIZ EN RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN”.CUENCA 2016**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de agosto de 2016

Karla Lorena Calle Arcentales

C.I: 0302621453



Cláusula de responsabilidad

Yo, Teresita Johanna Cayamcela Aucancela, autora del proyecto de investigación **“CONDICIÓN MOTRIZ EN RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN”.CUENCA 2016,** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de agosto de 2016

Teresita Johanna Cayamcela Aucancela

C.I: 0105218648



AGRADECIMIENTO

A Dios, por darnos sabiduría e inteligencia para lograr culminar nuestro trabajo de investigación.

A nuestros padres por su apoyo incondicional siendo nuestra bendición más grande en todo momento de nuestra vida.

A la Universidad de Cuenca y a sus docentes, por abrirnos las puertas y despertar en nosotras curiosidad por aprender, dedicando su tiempo y compromiso para enseñar y hacer de nosotras unas verdaderas profesionales.

A nuestra directora y asesora Lcda. Patricia Naulaguari, por compartir su sabiduría e impulsarnos a ser cada día mejores, quien con su paciencia y apoyo hizo posible la culminación de nuestro trabajo.

Karla Calle y Teresita Cayamcela.



DEDICATORIA

El fruto del esfuerzo y perseverancia se lo dedico:

A Dios, por concederme la oportunidad de vivir, siendo mi guía, paz y consuelo en cada instante, además por darme la fortaleza y sabiduría necesaria en los momentos de debilidad y permitir que este sueño tan anhelado se haga realidad.

A mis Padres, Aída y Carlos ejemplo de constancia, dedicación, esfuerzo y amor, quienes con su apoyo incondicional y sabios consejos me han enseñado a luchar incansablemente por mis metas, convirtiéndose en mis pilares fundamentales en todo lo que soy.

A mi hermano Diego mi más grande tesoro, por ser mi motivación y deseo de superación, sé que desde el cielo compartes mi triunfo siendo tu sonrisa la compañía ideal de Dios, cuanto diera porque estuvieras junto a mi compartiendo la realidad de uno de mis sueños me reconforta poderte sentir y recordar el ser maravilloso que siempre fuiste. Mientras tanto voy a seguir viviendo por los dos, por ti y por mí, por la vida que te arrebataron, por lo feliz que fuiste, por la alegría que trasmitías y por la pureza de tu alma. ¡Siempre vas a ser mi hermano!

Finalmente, a una gran persona, amiga, hermana, colega y dupla perfecta, Teresita, por haber sido una excelente compañera de tesis, por su paciencia y motivación en esta ardua lucha desde su inicio hasta su fin, viendo así con satisfacción el éxito de nuestra entrega.

Para ustedes,

KARLA.



DEDICATORIA

Al culminar con éxito, esfuerzo, perseverancia uno de mis objetivos; dedico esta tesis a mis a padres quienes cuando me he sentido sola con ganas de renunciar, ellos tomaron de mi mano brindándome su apoyo para continuar con gran ímpetu.

A mi padre Dios y mi madre María, gratitud eterna porque estuvieron en la más dura batalla pero nada fue en vano, porque ahora soy una guerrera valiente con el más hermoso arcoíris mi hija Anael Margarita, pedacito de cielo, gloria de Dios.

A todos aquellos quienes me enseñaron a no renunciar, gracias por ayudarme a ser persistente para conseguir lo que he anhelado, en especial para mi compañera, amiga, colega Karla Calle, somos un buen equipo.

Teresita Cayamcela.



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Las Naciones Unidas considera adulto mayor a toda persona de 65 años y más para los países desarrollados y a partir de 60 años para los países en vías de desarrollo, además clasifica al adulto mayor de la siguiente manera: de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianas y mayores de 90 años son grandes viejos (1,2).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde 1994 ajustó la edad y señala como adulto mayor a la persona de 65 o más años (3).

De acuerdo a la Constitución de la República del Ecuador, Art. 36.- “Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad” (4).

El envejecimiento humano es un conjunto de alteraciones morfológicas y fisiológicas, que provoca la disminución de la capacidad de adaptación de cada uno de los órganos, aparatos y sistemas.

Algunos adultos mayores, teniendo una condición de movilidad buena empiezan a presentar un deterioro abrupto en la estabilidad, sobre todo aquellos que sufren enfermedades crónicas, tales como: Parkinson, Alzheimer, insuficiencia respiratoria, cardíaca, traumatismos; sumándose a esto el riesgo de caídas que disminuyen progresivamente la capacidad motriz, lo que ha generado una serie de problemas a nivel de la salud, dando como resultado el deterioro de las principales funciones del adulto mayor.



Las investigaciones que se han realizado desde el campo de la medicina sobre la problemática que viven los adultos mayores en estos tiempos son muchas, dentro de ellas se encuentran: Incidencia de Enfermedades en adultos mayores, Exclusión, Abandono Familiar, etc. En el campo de la actividad física se ha encontrado estudios relacionados con experiencias personales de trabajo, rutinas de ejercicios para mantener la motricidad, programas de inclusión entre otros.

Hasta ahora no se ha encontrado ningún estudio que muestre el análisis sobre la condición motriz de los adultos mayores, en especial de aquellos que se encuentran albergados en instituciones de reposo.

Esto motivó investigar sobre la motricidad del adulto mayor con el grupo del Hogar Miguel León, de la ciudad de Cuenca, describiendo su situación actual y las alteraciones de la condición motriz en relación a las actividades diarias expresadas mediante datos estadísticos, que permitió identificar primero el número de personas que están sufriendo deterioro de su condición motriz, para luego utilizar esos resultados como punto de referencia para futuras investigaciones.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS, para el 2050 el número de personas mayores de 60 años se duplicará, en base a los datos existentes en el 2015, ello traerá consigo el incremento de problemas a nivel de salud, por lo cual es imprescindible proporcionar a los adultos mayores una atención de calidad en los primeros niveles de atención. En el mundo, el año 2050 será tomado como punto de referencia para hablar sobre el envejecimiento poblacional. Se considera que para ese año, por primera vez, la población mayor de 60 años sobrepasará a la de niños y jóvenes (5).



Según estudios realizados, el envejecimiento poblacional responde a las grandes transformaciones económicas y sociales que han tenido lugar en el planeta y, específicamente, en Sudamérica; esto ha sido la resultante de la dinámica de los factores demográficos, pues si en 1950 había una población adulta de 10 millones de personas de 60 y más años de edad al terminar el siglo, la cifra se había cuadruplicado. De la misma manera se estima que en el 2025 ésta habrá aumentado a 56 millones, lo que sumará 96 millones de adultos mayores (6).

Cabe destacar que ciertos países y sectores sociales todavía están en una etapa incipiente de la transición, mientras que en otros el proceso ha avanzado con mayor celeridad, pero todos muestran claros indicios de transitar por este comportamiento.

En este sentido, hay países con transición avanzada como son Japón, Italia y Grecia. En América están: Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Puerto Rico y Uruguay, entre otros, y en este grupo se puede incluir a Cuba, con el 19% de su población con edad de 60 años o más, donde para ellos toda persona que alcanza los 60 años de edad y los supera es considerada un adulto mayor (AM) (7).

Actualmente Ecuador tiene 14'483.499 habitantes, de ellos 940.905 son mayores de 65 años y representan el 6,5 % de la población nacional, el 48.5% está ubicado en la Sierra, el 3.5 % en las regiones Amazónica e Insular y el porcentaje restante en la Costa, datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (8).

En el Azuay, según el censo de población y vivienda (2010), existen 17.696 adultos mayores, representando el 7,8 % de la población provincial, lo que refleja un incremento del 2% comparado al 2001; de estos el 13,3% son jubilados, 7.000 reciben asistencia en hogares de residencia, casas diurnas, fundaciones y clubes (9).



Con lo expuesto anteriormente, la población adulta mayor requiere especial atención, debido a todos los cambios que se van presentando en el envejecimiento, pues estos generan un deterioro en el ámbito social, laboral, mental y físico; lo que afecta una de sus estructuras musculo-esqueléticas, presentando debilidad muscular, fatiga, cansancio, falta de energía, agotamiento y por ende cambios en la motricidad.

Todo esto incrementa la discapacidad y el grado de dependencia del adulto mayor, al limitar las actividades que benefician su motricidad, y equilibrio. Ante esta situación y al no encontrar estudios relacionados con disminución motriz, surgió como interrogante:

¿Cuál es la condición motriz en relación con las actividades diarias del adulto mayor institucionalizado en el Hogar Miguel León de Cuenca?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Al enfocar la disminución de la motricidad del adulto mayor, se aprecia una serie de problemas que van restando oportunidades en la subsistencia de los adultos mayores, provocando disfuncionalidad en sus quehaceres cotidianos.

La motricidad se va reduciendo con el pasar de los años, alterando su calidad de vida, experimentando como consecuencia una disminución progresiva de la capacidad funcional del organismo, que trae consigo el descenso continuo de la capacidad de movimiento y de su condición motriz, deteriorando muchas de las actividades que se cumplen diariamente.

El adulto mayor pierde la capacidad de captar con rapidez una situación y producir una reacción, siendo su respuesta considerablemente lenta ante muchos impulsos y estímulos, así como la dirección y sucesión de movimientos.



Las investigaciones que se han realizado con la población adulta mayor son muchas, pocas de ellas en América Latina y por ahora no se ha encontrado ninguna en Ecuador. Es por ello que se ha considerado importante realizar una investigación que logre caracterizar la condición motriz de los adultos mayores, institucionalizados en el Hogar Miguel León de la ciudad de Cuenca.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

La OMS (Organización Mundial de la Salud) considera a las personas de 60 a 74 años de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan esa edad se les denomina longeva. A toda persona mayor de 60 años se le llamará también persona de la tercera edad (1).

2.1 Envejecimiento

“El envejecimiento es un proceso continuo, irreversible, propio de todos los seres vivos, que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación.” En el caso de los adultos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales, pero al ser sometidos a los diferentes cambios del medio que los rodea son más propensos a padecer cualquier tipo de enfermedad que, con el transcurso del tiempo, repercutirá en su salud (10).

El Envejecimiento es un proceso que convierte a los adultos sanos en sujetos frágiles, con una disminución en la reserva de la mayoría de los sistemas fisiológicos y una vulnerabilidad exponencial a la mayoría de las enfermedades y a la muerte (11).



Según la OMS, es el deterioro de las funciones, progresivo y generalizado, el que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad (2).

Aunque cabe resaltar que la OMS hace una distinción del envejecimiento en sí, como un proceso normal que representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno y por tanto no tienen por qué conllevar consecuencias clínicas adversas; y el proceso de Envejecimiento que se encuentra muy influenciado por otros factores del entorno, ya sean estilo de vida y enfermedades en general (5).

Es también la propia OMS quien ha introducido el concepto de envejecimiento activo, definiéndolo como: “El proceso de hacerse mayor sin envejecer, mediante el desarrollo continuado de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida” (2,5). Por tanto, existe una tendencia a diferenciar lo que es el envejecimiento fisiológico sobre el envejecimiento patológico.

Según Perera Días, el proceso de envejecimiento está condicionado por cambios a tres niveles, cambios somáticos, cambios sociológicos y cambios psicológicos, todos interconectados. La vida exige medidas de protección para la salud y de ese modo poder llegar a tener una vejez sana. Para atenuar los efectos del envejecimiento es necesario tener un estilo de vida saludable, incluyendo en la rutina diaria dieta balanceada, regulares ejercicios físicos, sobre todo después de los 50 años para prevenir problemas óseos (12).

Mediante el ejercicio físico se aumenta la producción de sustancias químicas que alientan el desarrollo de las neuronas y de nuevas conexiones entre ellas, al mismo tiempo que promueven el crecimiento de vasos sanguíneos que nutren a las estructuras existentes (12)



2.2 Cambios en el envejecimiento humano

Los cambios que se generan por la edad son diversos, se presentan los más significativos (13):

- **Físicos.** Con el paso de los años el cuerpo del adulto mayor va sufriendo importantes cambios en sus órganos y sistemas. Dichas modificaciones provocan pérdida de fuerza muscular, modificaciones pulmonares, alteraciones cardiovasculares, digestivas, entre otras.
- **Psíquicos.** Alteraciones que el anciano expresa con el paso del tiempo, ocasionando transformaciones en su personalidad, dando como resultado estrés y cambio de humor grande.
- **Psicológicos.** Incapacidad que va adquiriendo el adulto mayor de recibir o captar nuevas instrucciones, lo que provoca una respuesta perceptiva motriz más lenta afectando la capacidad de recibir la información del entorno, provocando agresividad, bajo autoestima, etc.

Un estudio realizado por la psicóloga Anamelí Monroy López revela que después de los 65 años los principales problemas que enfrentan los adultos mayores son los que se les crea a través de la política y la economía, que afectan su estatus en mayor grado que el envejecimiento en sí, es decir, el principal factor que permite que el anciano cambie su estado mental y emocional son los problemas que crea la sociedad que los rodea provocando alteraciones en su forma de pensar, sentir y actuar perturbando su estilo de vida (14).

- **Ambientales.** Modificaciones que afectan la capacidad de adaptación, recuperación y defensa del organismo en el anciano, emergiendo problemas de salud como: mayor prevalencia de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) con tendencia a la disfunción y discapacidad, presentando incluso más de una enfermedad (15).



Los años no son el único factor que interviene en el proceso de envejecimiento, según una investigación publicada en la revista Archives of Dermatology, los hábitos y los factores ambientales también influyen en este aspecto. Este tipo de cambios que se presentan en el adulto mayor puede llevar a un futuro a provocar cambios radicales, como el sedentarismo del anciano (16).

2.3 Actividades de la vida diaria (AVD)

Son tareas cotidianas que sirven para medir la calidad de vida y el estatus funcional de los Adultos Mayores. Están orientadas al cuidado del propio cuerpo como: vestido, alimentación, higiene, movilización, etc. (17)

Carlos d'Hyver, (18) las define como ABVD **actividades básicas** de la vida diaria: bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo. O **actividades instrumentadas** de la vida diaria (AIVD) como son compras, transporte, cocinar, utilizar el teléfono, tareas de limpieza doméstica, lavar ropa y **actividades de avanzada**, como son las de ocio, culturales, sociales, religiosas, deportes, trabajos, transporte

La observación directa de la funcionalidad es la técnica más exacta para la evaluación funcional, pero impráctica por los modelos de atención médica, por lo que el auto-informe de las ABVD, AIVD se debe corroborar si es posible por un informante, acompañante o cuidador (19).

2.4 Motricidad

En términos generales motricidad se la define como la capacidad que tiene un individuo para generar movimiento por sí mismo, con la finalidad de alcanzar una adecuada coordinación y sincronización entre todas sus estructuras.



Cada ser humano conforme pasan los años va alcanzando complejidad en sus movimientos, siendo el grupo más vulnerable los adultos mayores que debido a su edad y a la combinación de varios factores interrelacionados van perdiendo de forma acelerada sus funciones motoras provocando discapacidad motriz (20).

La coordinación motriz es una capacidad, que depende de los sistemas de alimentación y transporte (sistema cardiovascular, respiratorio y digestivo) así como de los sistemas de movimiento (huesos, articulaciones, músculos, nervios) (20).

Es el conjunto de capacidades que organizan y regulan, de forma precisa, todos los procesos parciales de un acto motor, en función de un objetivo preestablecido. Para que las personas de la tercera edad mantengan un alto grado de independencia social y en particular familiar, es necesario promover más el estudio de los efectos del envejecimiento en la motricidad (20).

2.4.1. Psicomotricidad

Es entendida como la relación que se establece entre la actividad psíquica de la mente humana es decir el conocimiento, la emoción y la capacidad de movimiento o función motriz del cuerpo. Si un adulto mayor padece problemas de motricidad y psicomotricidad entonces todo esto dará como resultado la aparición de inmovilidad de cualquiera de sus estructuras. (21)

La psicomotricidad es la relación mutua entre la función motriz y la capacidad psíquica que engloba el componente socio-afectivo (donde están las relaciones que establece el individuo, comportamientos y sentimientos) y el componente cognitivo (que hace referencia a las capacidades y aptitudes del individuo). La psicomotricidad modifica y mejora las relaciones interpersonales (20).



Objetivos de la actuación psicomotriz: (21)

- Optimizar la independencia funcional y la calidad de vida del paciente, como objetivo general:
- Favorecer el desarrollo motor del individuo.
- Lograr la integración del esquema corporal: conocer y tener conciencia de nuestro cuerpo, tanto en movimiento como en estático, a lo largo de toda la vida y en un momento dado.
- Dominar el equilibrio.
- Controlar las coordinaciones globales y segmentarias.
- Controlar la inhibición voluntaria (el individuo debe ser capaz de quedarse quieto).
- Trabajar la relajación para aliviar las tensiones que se producen en nuestro cuerpo.
- Controlar la respiración.
- Adquirir la adecuada estructura espacial y temporal.
- Aumentar el bienestar emocional. Vivenciar la alegría.
- Mejorar las relaciones sociales. Experimentar el movimiento conjuntamente.
- Mejorar las posibilidades de adaptación al mundo exterior.

Desde la psicomotricidad, se entiende el movimiento como fuente de salud física, medio de estimulación sensorial y organizador de las capacidades mentales y medio de comunicación y de relación con los demás (21)

Los componentes básicos de la terapia psicomotriz son los siguientes (21):

- Esquema corporal.
- Conciencia corporal.
- Propiocepción.

Trabajar el esquema corporal implica diferenciar las distintas partes del cuerpo y realizar un adecuado control postural.



Control Postural: tener conciencia de nuestro cuerpo en estático, corregir las alteraciones posturales para evitar la aparición de rigideces. Control del tono muscular. Tener conciencia de nuestro cuerpo en movimiento. Experimentar el movimiento.

- Equilibrio: trabajamos el equilibrio estático y el dinámico.
- Lateralidad: diferenciación de los dos lados del cuerpo a través de ejercicios de señalización y orden.
- Coordinación: dinámica general, óculo-manual, óculo-podal, espaciotemporal.
- Organización témporo-espacial
- Estructuración temporal y rítmica
- Relajación
- Trabajo de las praxias: ideomotora, ideatoria, constructiva.
- Actividades de comunicación y pensamiento abstracto (21).

Todos estos aspectos que conforman la psicomotricidad se pueden trabajar a través de la fisioterapia, utilizando el movimiento como medio físico del tratamiento.

Monteagudo y colaboradores, en su estudio “Deterioro cognitivo y disminución de la marcha en adultos mayores del área urbana y rural” (2009), destaca en sus resultados que la edad promedio de los adultos mayores es de 70 a 79 años, señala además que el bajo nivel educativo, la condición de cronicidad (presencia de diabetes, hipertensión, cardiopatías, entre otras), se asocian con el deterioro de la marcha y la sincronización del movimiento del cuerpo, los cambios músculo-esqueléticos que se presentan generan disminución de la masa, fuerza y contractilidad muscular, lo que refleja un fallo en la marcha (22).

Factores de Riesgo: el tabaquismo, contaminación del aire en locales cerrados (combustible de biomasa usado para cocinar y como medio de calefacción),



contaminación del aire exterior (polvos y productos químicos vapores, sustancias irritantes y gases en el medio laboral) (7).

Consecuencias Funcionales. La presencia de múltiples enfermedades que un adulto mayor pueda presentar trae consigo varias consecuencias que afectan su condición funcional, dentro de ellas están: pérdida de capacidad de auto cuidado, caídas, disminución de fuerza, úlceras por decúbito, contracturas, depresión, temor y soledad (23).

Los adultos mayores en los últimos años se han convertido en el grupo más vulnerable, a diferencia de cualquier otro grupo, puesto que con el transcurso de los años van adquiriendo gradualmente complejidad en sus movimientos, disminución de fuerza, volviéndose totalmente dependientes; por lo tanto, es necesario conocer su condición motriz con la ayuda de escalas que nos permita valorar su grado de funcionalidad y dependencia (23).

2.5.1. Valoración Geriátrica Integral o Valoración Funcional

Es una forma de evaluar la habilidad de los pacientes ancianos para realizar sus actividades básicas de la vida diaria (AVD); es un proceso sistemático para identificar y diagnosticar deficiencias en las capacidades y riesgos consecuentes de la enfermedad relacionada con el envejecimiento (23).

Se puede definir como la valoración y detección multidimensional de déficit en las esferas clínico-médica, funcional, mental, y social, con el fin de conseguir un plan racional e integrado de tratamiento y seguimiento. Va orientada hacia la funcionalidad del sujeto, y por tanto no se centra exclusivamente en un área.



Actualmente se considera a la Valoración Geriátrica Integral (VGI) la herramienta o metodología fundamental de diagnóstico global en que se basa la clínica geriátrica a todos los niveles asistenciales, aceptada su utilidad universalmente (15).

La Valoración Geriátrica Integral, considerada por muchos de los geriatras como el marcador diferencial de la especialidad, se diferencia de la evaluación médica estándar en que no sólo se centra en la enfermedad del anciano, sino que pretende un conocimiento más profundo del adulto mayor y de su entorno global, de aquello que tiene impacto y trascendencia en su persona (24).

Para ello, de manera natural y estandarizada, se realiza una evaluación múltiple y global del anciano teniendo en cuenta su estado funcional, cognitivo y afectivo, su situación socioeconómica y el apoyo familiar con el que cuenta, y sus déficits en esas áreas, pero también sus recursos y sus posibilidades actuales y potenciales (15).

Todo el proceso se desenvuelve con el fin de desarrollar un plan diagnóstico y especialmente terapéutico, personalizado y ajustado a dicho paciente, para así intentar conseguir el objetivo final de mejorar su calidad de vida. Cabe resaltar que solo el proceso evaluador en sí mismo no tiene cabida. Siempre se debe relacionar con el proceso asistencial (25).

Si se integra con el conocimiento clínico específico de la especialidad, con el buen uso del nivel asistencial que la persona mayor precisa y se sigue la metodología de trabajo del equipo interdisciplinar, se podrán obtener los resultados más exitosos de acuerdo al nivel de práctica y conocimiento científico actual (26).

Proceso de valoración geriátrica: (23)

Según Abizanda Soler, estos son los elementos que lo conforman:

- 1) Antecedentes personales.



- 2) Antecedentes farmacológicos.
- 3) Historia actual y Exploración física.
- 4) Valoración de la nutrición.
- 5) Valoración de la función.
- 6) Valoración del estado mental.
- 7) Valoración social.

2.5.2 Valoración funcional del anciano

En 1959 la OMS postuló que la salud del anciano se mide en términos de función. La valoración funcional es uno de los pilares de la valoración geriátrica integral (VGI) y consiste en el estudio de las capacidades físicas del anciano en todo su espectro, desde las tareas motoras más simples y su capacidad de auto cuidado hasta el ejercicio y la independencia en el medio ambiente (27)

Su objetivo principal es detectar problemas, para instaurar medidas preventivas y terapéuticas, y tradicionalmente se ha basado en el constructor de la discapacidad, por lo que solo el adecuado conocimiento del proceso de discapacidad de las personas mayores permitirá saber cómo, dónde y cuándo debe realizarse una adecuada valoración funcional (23).

Dentro del aspecto de la discapacidad, las ABVD suponen el nivel más elemental de función, siendo esenciales para el auto cuidado y las últimas en perderse. Están poco influidas por condicionantes sociales o culturales, y entre ellas están el baño, el aseo y el uso del retrete, la movilidad y la transferencia (23).

La valoración funcional de los adultos mayores es fundamental para establecer un juicio clínico y un pronóstico adecuado, así como para planificar los cuidados. La función de un sujeto es lo que marca su calidad de vida, bienestar, ubicación y necesidad de apoyo social. Su pérdida puede ser la única manifestación de



diversas enfermedades, por lo que su evaluación no solo es pronóstica sino también diagnóstica en ocasiones (2).

Objetivos de la valoración: (28)

- Describir el estado de salud de un anciano e identificar sus áreas de deficiencia.
- Colaborar en la toma individual de decisiones.
- Identificar y estadificar enfermedades.
- Monitorizar la evolución y la eficacia de los planes.
- Establecer pronósticos y expectativas de resultados.
- Establecer las bases científicas de intervenciones médicas.
- Identificar a la población anciana en riesgo para proyectar y aplicar políticas sanitarias globales y medidas preventivas.

La interpretación de esta herramienta es: las puntuaciones inferiores a 19 indican un alto riesgo de caídas, puntuación entre 19 a 28 (máxima puntuación del test) indica bajo riesgo de caídas. En los ancianos existen múltiples cambios en la actividad física, y uno de ellos se observa en el sistema músculo-esquelético. Los músculos se atrofian, disminuyen su masa y fuerza física, aparece la osteoporosis y los ligamentos y cartílagos pierden resistencia y elasticidad (11).

Lo perjudicial de estos cambios es que acrecientan la inestabilidad postural, los trastornos vestibulares y el desequilibrio del cuerpo. Existen además alteraciones en la latencia, tiempo y amplitud de la respuesta postural asociados a la edad. La marcha es una actividad inconsciente, automática y compleja. En el período de envejecimiento se caracteriza por ser a pequeños pasos, con un aumento de la base de sustentación y disminución de la velocidad en un 20%, incremento de los movimientos adaptativos (19). Las caídas pueden considerarse un problema geriátrico mayor que puede llevar a desastrosos efectos personales, limitando sus actividades y causando una importante morbilidad y mortalidad (9).



En Colombia, en el 2012, se aplicó una encuesta que contenía parámetros relacionados con la marcha y el equilibrio y se identificó el riesgo de caídas y alteración motriz. Sus resultados relevantes indican: entre los trastornos de la marcha, el equilibrio, o ambos, el 45,2 % no presentaron trastornos; el 36,6 % presentaron trastornos, tanto en la marcha como en el equilibrio, y el 17,3 % solo en el equilibrio (18).

En un estudio de tesis en la Universidad de Cuenca, en la carrera de Fisioterapia, uno de los puntos precisamente fue el riesgo de caer que experimenta un adulto mayor cuando se moviliza de forma independiente. El dato señala que el 67,7%, es decir, dos de cada tres adultos mayores asilados se encuentran en peligro si no disponen de cuidado permanente, en el sentido del apoyo para la de ambulación (29).

a) **Escala o Índice de Barthel:** instrumento que mide la capacidad de realización de diez actividades de la vida diaria (AVD): comer, lavarse, vestirse, arreglarse, usar el retrete (control de esfínteres, deposiciones, micción), subir/bajar escaleras, trasladarse (o manejar una silla de ruedas) y deambular, proporciona valores cuantitativos y determina el grado de dependencia o independencia (30)

La interpretación de este instrumento es:

- Independiente: 100 puntos (95 sí permanece en silla de ruedas).
- Dependiente leve: >60 puntos.
- Dependiente moderado: 40-55 puntos.
- Dependiente grave: 20-35 puntos.
- Dependiente total: <20 puntos.

Publicado por Mahoney y Barthel en 1965, evalúa 10 ABVD. Puntual la dependencia o independencia total o parcial en cada actividad con 0, 5,10 o 15 puntos según la actividad. La puntuación mínima es 0, la máxima es 100. Puntuaciones entre 0 y 40 suponen un deterioro funcional grave, entre 45 o 60, moderado y mayores de 60 leve (30).



Los cambios de puntuación se hacen de 5 en 5 puntos; pero cambios en la zona de mayor dependencia no son equivalentes a los de menor dependencia, puesto que no es una escala continua. El tiempo de aplicación es de 5 minutos. Es la escala de valoración funcional más empleada, recomendada por la British Geriatrics Society, es especialmente útil en enfermedades en las que la función se recupera lentamente con rehabilitación, como son los ictus y las fracturas de cadera.

Predice con gran intensidad de asociación: deterioro funcional, mortalidad, estancia hospitalaria, ayuda social e institucionalización, y sus principales inconvenientes son los efectos techo y suelo.

En Madrid, en el año 2012, se llevó a cabo un estudio realizado mediante el índice de Barthel, cuyo objetivo fue evaluar el grado de dependencia de 156 ancianos (101 mujeres y 55 hombres), institucionalizados en las residencias de entidad privada de la ciudad de Soria, revelando así los siguientes datos (11,30):

- De acuerdo al tiempo de institucionalización de los ancianos con el grado de dependencia, se ha constatado que el 87,9% de los ancianos que llevan un año o menos en la residencia son personas independientes y el 12,1% restante son dependientes.
- Sin embargo, solo el 52,8% de los ancianos que llevan más de un año institucionalizados son independientes, y el 47,2% restante son dependientes para alguna de las ABVD. Estas diferencias son estadísticamente significativas, es decir, la dependencia del anciano institucionalizado aumenta por diversos factores como la edad, el sexo, un mayor tiempo de institucionalización y una mala percepción del propio estado de salud.

2. 7 Sedentarismo del anciano

Falta de actividad física, usualmente menos de 15 minutos y menor de tres veces por semana durante el último trimestre, considerándose uno de los mayores



factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardíacas, respiratorias y musculoesqueléticas (31).

Diversos estudios plantean que aproximadamente el 80% de los adultos mayores es sedentario. En Chile, según estudios realizados, nueve de cada 10 chilenos son sedentarios y entre los adultos mayores el 78% no realiza ningún tipo de actividad. Así lo constató la encuesta Calidad de Vida en la Vejez, realizada por la UC, que reveló que sólo el 20% de los mayores camina más de 14 cuadras diarias (17)

En Costa Rica, estudios han estimado que el 60% de los adultos se exponen a males crónicos que podrían llevarlos a la muerte por su inactividad física. La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Cardiovascular de la CCSS señala que el 59,9% de la población mayor de 20 años no hace actividad física. Siendo las mujeres ligeramente más sedentarias que los hombres, pues el 63,1% de ellas no se ejercita, contra un 56,8% de los hombres (17).

Se ha encontrado asociación significativa entre el sedentarismo y el deterioro de la motricidad de los adultos mayores. Según una publicación realizada por la Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Sudamérica, el incremento del peso corporal y el sedentarismo son los factores que contribuyen al establecimiento de este síndrome. En el Ecuador afecta a cerca del 40% de la población total adulta joven y adulta mayor (29).

Para el geriatra Juan Carlos Molina, del Centro de Medicina, Ejercicio, Deporte y Salud (MEDS), cada vez más adultos mayores se animan a hacer algún tipo de ejercicio, algunos por primera vez en su vida, motivados en gran parte por la mayor oferta disponible y los beneficios que implica para la salud. "Si no se ocupan los músculos se van achicando. Además, las articulaciones se van poniendo rígidas y se va perdiendo flexibilidad", explica Molina (14).



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Describir la condición motriz en relación con las actividades de la vida diaria en Adultos Mayores institucionalizados en el Hogar Miguel León, Cuenca, 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Caracterizar a la población de estudio según: edad, sexo, estado civil y comorbilidad
2. Describir el espacio físico y las actividades que realizan los adultos mayores para recuperar o mantener la motricidad.
3. Evaluar la motricidad y grado de dependencia del adulto mayor, según las escalas de Tinetti y Barthel.



CAPÍTULO IV

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, de corte transversal, porque a través de la observación y análisis de datos se describió la condición motriz de los adultos mayores del Hogar Miguel León de Cuenca, 2016.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se desarrolló en el Hogar Miguel León, ubicado en la provincia del Azuay, cantón Cuenca, parroquia San Sebastián.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Constituido por 61 adultos mayores que se encuentran en el Hogar Miguel León de la Ciudad de Cuenca, en el año 2016.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- **Inclusión:** Se incluyeron a todos los adultos mayores de 65 años en adelante que se encontraban institucionalizados en el centro.
- **Exclusión:** Adultos Mayores con capacidades especiales: psíquicas y sensoriales.



4.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de aplicación del test.	Tiempo.	Años cumplidos.	65 o más.
Sexo	Características fenotípicas que definen el sexo según sea hombre o mujer.	Fenotipo.	Caracteres sexuales.	Femenino Masculino
Estado civil	Condición de una persona en función de si tiene o no pareja.	Legal.	Tipo de relación.	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión de hecho
Residencia.	Tiempo de permanencia en un lugar específico.	Tiempo.	Internado.	Menos de 1 año Entre 1 y 3 años Más de 3 años
Comorbilidad	Enfermedad que se mantiene durante un periodo largo de tiempo en comparación con la evolución de los procesos agudos.	Biológica o clínica.	Historia Clínica existente.	Osteoporosis Artritis Parkinson Alzhéimer HTA Cardiopatías Isquémicas EPOC Diabetes



				Depresión Otra_____
Actividades básicas de la vida diaria.	Capacidad individual de realizar las actividades básicas de la vida diaria.	Funcional.	Escala de Barthel.	Independiente: 100 puntos (95 sí permanece en silla de ruedas). Dependiente leve: > 60 puntos. Dependiente moderado: 40-55 puntos. Dependiente grave: 20-35 puntos. Dependiente total: < 20 puntos.
Condición motriz	Valoración del equilibrio y la marcha por la observación directa.	Funcional.	Escala de Tinetti.	A. equilibrio: capaz incapaz B. marcha. marcada moderada
Sedentarismo	Falta de cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente	Actividad Física.	Encuesta.	Si/No Una vez a la semana Dos veces a la semana Cada quince días Una vez al mes Todos los días



	consumo de energía.			Pasando un día Rara vez
--	---------------------	--	--	----------------------------

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.6.1 MÉTODO

Observación directa

4.6.2 TÉCNICA

Encuestas

Escalas de Tinetti y Barthel.

4.7 PROCEDIMIENTOS

- Una vez aprobado el protocolo se obtuvo los permisos correspondientes de las autoridades del Hogar de Acogida Miguel León de la Ciudad de Cuenca.
- Se identificó a los adultos mayores que residen en el Hogar de Acogida, se realizó un acercamiento con cada uno de ellos y, posteriormente, se les invitó a ser parte de la investigación, explicándoles brevemente sobre su objetivo y cómo se aplicarían los instrumentos para la investigación.

4.7.1. AUTORIZACIÓN

Dirigido a Sor. Patricia Rodríguez, Coordinadora del Hogar de Acogida Miguel León.
(Ver anexo 1)



4.7.2. CAPACITACIÓN DE LAS INVESTIGADORAS

- Revisión bibliográfica, que nos permitirá obtener información concreta, ampliar nuestro conocimiento y poder aplicar en nuestra investigación para su ejecución respectiva.

4.7.3. SUPERVISIÓN

Lcda. Patricia Naulaguari Medina.

4.7.4. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

- La tabulación de datos se realizó en Excel y SPSS 19.
- Los resultados fueron representados en tablas con frecuencias y porcentajes.
- El análisis se realizó mediante porcentajes.

4.7.5. ASPECTOS ÉTICOS

La información será anónima, guardada con absoluta confidencialidad, servirá para armar datos estadísticos y serán entregados a quienes creamos conveniente y soliciten para su verificación; antes de utilizar cualquier información o fotografía se informara al encuestado y personal encargado de los adultos mayores para su consentimiento, en caso de no haber aprobación no se publicará. Para realizar esta investigación solicitaremos el asentimiento informado.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se utilizó la base de datos del programa Excel 2013 y como programa estadístico el SPSS 19, generando tablas y gráficos que contienen las frecuencias y porcentajes de las variables analizadas.

5.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA POBLACIONAL

Tabla Nº 1: Distribución de 61 adultos mayores en el Hogar Miguel León, Cuenca 2016, según edad y sexo.

EDAD EN AÑOS	Sexo		TOTAL
	Femenino	Masculino	
65-74	8	8	16
	13,11%	13,11%	26,23%
75-84	13	6	19
	21,31%	9,83%	31,14%
85 y más	21	5	26
	34,42%	8,19%	42,62%

Fuente: formularios de encuesta.
Elaboración: Karla Calle y Teresita Cayamcela

Interpretación: La presente tabla muestra la distribución de los adultos mayores según edad, observando una mayor prevalencia en el grupo etario de 85 años y más con un 42,62% de la población. En lo que respecta al género más prevalente



de la población fue el Femenino con el 68,85%, con 42 adultos mayores de la muestra poblacional.

Tabla Nº 2: Distribución de 61 los adultos mayores civil en el hogar Miguel León, Cuenca 2016, según el estado civil.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	18	29,50
CASADO	13	21,30
DIVORCIADO	6	10,00
VIUDO	24	39,30
TOTAL	61	100,00

Fuente: formularios de encuesta.

Elaboración: Karla Calle y Teresita Cayamcela

Interpretación: en la presente tabla podemos observar, que el 39,30% está constituido por viudos/as y el 10% por divorciados/as, para los demás estados civiles se registran porcentajes menores.



Tabla N°3: Distribución de 61 adultos mayores del hogar Miguel León, Cuenca 2016; según el tiempo de residencia.

TIEMPO DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE UN AÑO	25	41,00
ENTRE UNO Y TRES AÑOS	29	47,50
MÁS DE TRES AÑOS	7	11,40
TOTAL	61	100,00

Fuente: formularios de encuesta.
Elaboración: Karla Calle y Teresita Cayamcela

Interpretación: El 47,50% de la muestra de adultos mayores lleva entre 1 a 3 años como residente en el Hogar y el 11,4% lleva institucionalizado más de 3 años.



Tabla Nº 4: Distribución de 61 adultos mayores en el hogar Miguel León, Cuenca 2016, según comorbilidades.

CO-MORBILIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALZHEIMER	7	11,40
ARTRITIS	6	10,00
DEPRESIÓN	6	10,00
DIABETES y OSTEOPOROSIS	15	24,50
EPOC	2	3,20
HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)	25	41,00
TOTAL	61	100,00

Fuente: formularios de encuesta.

Elaboración: Karla Calle y Teresita Cayamcela

Interpretación: la presente tabla nos indica que el 41% de la muestra poblacional está constituido por personas hipertensas, seguido por el 24,59% que padecen diabetes al igual que osteoporosis, en tanto que solo el 3,2% tienen EPOC.



5.2. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

Tabla Nº 5: Distribución de 61 adultos mayores en el en el hogar Miguel León, Cuenca 2016, según la actividad física que realizan durante la semana.

ACTIVIDAD FÍSICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CAMINAR	24	39,30
TERAPIA	18	29,50
NINGUNA	19	31,14
NO REALIZA	19	31,00
TOTAL	61	100,00

Fuente: formularios de encuesta.

Elaboración: Karla Calle y Teresita Cayamcela

Interpretación: El 69% de la población adulta mayor internada en el Hogar realiza actividad física, indicador que de acuerdo a la OMS se constituye en el pilar fundamental para la prevención de enfermedades catastróficas o la prevención de complicaciones en caso de padecerlas. El 39,3% camina como actividad física primordial, mientras que el 31,14 % no realiza ninguna actividad física en la semana convirtiendo este último en un factor de riesgo importante en esta población vulnerable.



Tabla Nº 6: Distribución de 61 adultos mayores en el Hogar Miguel León, Cuenca 2016, según la frecuencia de actividad física que realiza durante la semana en el hogar.

ACTIVIDAD FÍSICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Una vez a la semana	3	5,60
Dos veces a la semana	44	83,00
Cada 15 días	3	5,60
Una vez al mes	3	5,60
TOTAL GENERAL	53	100,00

Fuente: formularios de encuesta.

Elaboración: Karla Calle y Teresita Cayamcela

Interpretación: Del total de adultos mayores que realizan actividades físicas (53) el 83% lo hace dos veces por semana.



Tabla Nº 7: Distribución de 61 adultos mayores, en el hogar Miguel León, Cuenca 2016, que ven televisión.

VER TV	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TODOS LOS DÍAS	15	36,50
PASANDO UN DÍA	7	17,00
RARA VEZ	19	46,30
NO VE TV	20	32,78
TOTAL	61	100,00

Fuente: formularios de encuesta.

Elaboración: Karla Calle y Teresita Cayamcela

Interpretación: Respecto a la frecuencia el 46,3% rara vez ve la TV y el 17% de adultos mayores la ve pasando un día.



Tabla Nº 8: Distribución de 61 adultos mayores, en el hogar Miguel León, Cuenca 2016, según las actividades que realiza.

ACTIVIDADES QUE REALIZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	50	82
NO	11	18
TOTAL	61	100

Fuente: formularios de encuesta.

Elaboración: Karla Calle y Teresita Cayamcela

Interpretación: El 82% de las personas adultas mayores encuestadas considera que la actividad que desarrolla (caminar y ver TV) es buena para conservar su estado de ánimo.



5.3 Escala de Tinetti: es una herramienta que evalúa la movilidad del adulto en dos dominios: **marcha y equilibrio**. Las puntuaciones inferiores a 19 indican un alto riesgo de caídas, en tanto que la puntuación entre 19 a 28 (máxima puntuación del test) indica bajo riesgo de caídas.

Tabla N° 9: Distribución de 61 adultos mayores institucionalizados en el hogar Miguel León, Cuenca 2016, según la evaluación mediante el test de Tinetti.

Test de Tinetti	EQUILIBRIO Y MARCHA	
	N°	%
Normal(26-28 ptos)	20	33,00
Riesgo(20-25 ptos)	4	6,50
Riesgo severo(<19 ptos)	37	60,65

Fuente: formularios de encuesta.

Elaboración: Karla Calle y Teresita Cayamcela

Interpretación: En este caso, el 60,65% de los adultos mayores tienen riesgo severo de caídas por dificultades en el equilibrio y la marcha. Estudio bastante similar al de Velasco (32).



Escala de Barthel: instrumento que mide la capacidad de realización de diez actividades de la vida diaria (AVD): comer, lavarse, vestirse, arreglarse, usar el retrete (control de esfínteres, deposiciones, micción), subir/bajar escaleras, trasladarse (o manejar una silla de ruedas) y deambular, proporciona valores cuantitativos y determina el grado de dependencia o independencia (30).

Tabla N° 10: Distribución de 61 adultos mayores institucionalizados en el hogar Miguel León, Cuenca 2016. Según la evaluación mediante la escala de Barthel.

Escala Barthel	Evaluación nivel dependencia	
	N°	%
Independiente		-
Ligera	34	56,00
Moderada	14	23,00
Grave	4	6,55
Severa	9	15,00

Elaboración: Karla Calle y Teresita Cayamcela

Fuente: formularios de encuesta.

Interpretación: Según esta escala, ninguno de los adultos mayores residentes en el Hogar de Ancianos puede evaluarse como independiente. El 56% es ligeramente dependiente; pero la situación más seria es que el 21% puede considerarse dependiente total (15% tiene dependencia severa y 6,55% % dependencia grave).



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

El envejecimiento poblacional es el problema de salud más importante del siglo XXI, al cual diversos organismos nacionales, regionales e internacionales le han dedicado y le dedican actualmente la mayor atención (33).

Uno de los aspectos más importantes en el estudio y enfrentamiento de este proceso de envejecimiento poblacional es la comprensión de que el problema que más afecta la calidad de vida del adulto mayor está relacionado con las limitaciones para el pleno ejercicio de su independencia (24).

Algunos estudios entre ellos la Encuesta Nacional de Salud (ENSA-2000), identificaron que la prevalencia de dependencia funcional entre hombres y mujeres incrementaba con la edad y que era más común entre las mujeres, favoreciendo con ello las caídas (32).

En la población del hogar Miguel León de la ciudad de Cuenca, con el desarrollo del presente estudio se pudo observar que el 69% de los adultos mayores son mujeres; solo el 39,3% camina como actividad física fundamental y el 24,5% padece de osteoporosis, con el consiguiente peligro de caídas y fracturas, tal como lo evidencian los resultados de la aplicación de la Escala de Tinetti, en que el 60,65% de la muestra presenta riesgo severo de caídas por dificultades en el equilibrio y la marcha.

Todo ello agravado, según los resultados de la aplicación de la Escala de Barthel, en que se evidencia que el 23% de la muestra está constituido por personas en estado de dependencia moderada, el 15% severa y el 6,55% grave.

Por su parte, Brenda Borrelli, profesora de Educación Física de la Universidad de Flores, en Argentina, en su artículo “Condición motriz y calidad de vida en adultos



mayores” refiere que en el estudio realizado con una muestra de 25 mujeres, entre 60 y 87 años, 52% de ellas viudas y 44% que viven solas, para valorar su condición motriz en relación con las actividades de la vida diaria, todas los integrantes de la muestra realizan las AVD de manera autónoma; pero un 4% presenta alteraciones en su condición motriz que ponen en riesgo su independencia (24).

Aplicada con ellas la versión clásica de la Escala de Tinetti, el 100% obtuvo la máxima valoración en la marcha (12 puntos), en cambio, al evaluar el equilibrio, un 4% obtuvo 13 puntos, evidenciando dificultades en esta capacidad y 92% 16 puntos, que refleja el dominio del equilibrio.

En este caso existe cierta similitud de las características de la muestra poblacional del estudio de Borrelli y las de este estudio, ya que en el primer caso el estudio se realizó totalmente con mujeres y en esta tesis las mujeres representan el 69% de la muestra (24). En el primer caso, el 52% son viudas y en este estudio el 39,3% son también viudas. Sin embargo, se muestran diferencias en los resultados de la Escala de Tinetti.

En el estudio de Borrelli el 100% obtuvo la máxima valoración en la marcha y el 92% dominio en el equilibrio, en tanto que en este estudio –tal y como ya se expuso anteriormente- el 60,65% de la muestra presenta riesgo severo de caídas por dificultades en el equilibrio y la marcha (24).

En el estudio realizado por Yulmys Rodríguez Borges y Celia María Díaz Ontivero titulado “Valoración funcional del adulto mayor con discapacidad”, existen similitudes con los resultados de esta tesis, pues las autoras refieren que se encuestó una muestra de 71 pacientes, de 60 años y más, 48 mujeres (67,6%) y 23 hombres (32,4%) (34).

El número mayor de individuos se ubicó en el grupo de 60 a 69 años con 27 pacientes con dependencia leve 23 (32,4%) y con dependencia total 7 (9,9%). La



discapacidad en el adulto mayor se observa con mayor frecuencia en el sexo femenino, con una alta prevalencia de lesiones que limitan la marcha.

Por su parte, Julieth Dubiana Marin Palacio, en un artículo publicado el 2 de abril del pasado año 2014, titulado “Taller de fomentar el auto cuidado en el adulto mayor”, ofrece algunas orientaciones de carácter metodológico a cuidadores de adultos mayores, a partir de 40 preguntas a las que aporta sendas propuestas de respuestas.

Al referirse a la evaluación del equilibrio y la marcha, llama la atención acerca de la importancia de observar la alineación corporal, la postura y flexión y la coordinación de los movimientos, porque inciden directamente en ambos

Como puede apreciarse, varios son los estudios realizados para el diagnóstico de la capacidad funcional de los adultos mayores (35,36,34,37) y dentro de ellos, los adultos mayores institucionalizados (37).

Todo lo cual avala el valor científico y social de esta investigación, en el ámbito nacional y, muy especialmente, en Cuenca, centrada en el estudio de la condición motriz de los adultos mayores residentes en una institución especializada, en relación con las actividades de la vida diaria.

En un estudio realizado en un grupo de 20 adultos mayores de la población “Los Chasquis” en la ciudad de Quito con respecto a su estado de salud, el 41% de los adultos mayores integrantes de la muestra de estudio son hipertensos y el 24,59% diabéticos que también padecen de osteoporosis, en donde se determinó la prevalencia de tres principales patologías, el estudio muestra más de la mitad de los integrantes (50%) sufren de hipertensión arterial, del mismo modo una alta incidencia presentan osteoporosis (32%) y artritis (20%).



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA

7.1 CONCLUSIONES

Objetivo	Conclusión
1. Caracterizar a la población de estudio según: edad, sexo, estado civil y comorbilidad.	<p>El 69% de la muestra poblacional es del sexo femenino. De ellas, el 39,3% viudas y el 10% divorciadas.</p> <p>El 41% de la muestra constituido por personas hipertensas, seguido por el 24,59% de personas diabéticas que padecen también de osteoporosis.</p>
2. Describir el espacio físico y las actividades que realizan los adultos mayores para recuperar o mantener la motricidad.	<p>En el hogar Miguel León de la ciudad de Cuenca se pudo observar que existen muchos obstáculos dentro de la estructura física, dificultando la de ambulación de los adultos mayores, además no existen suficientes lugares adecuados para su recreación y su movilidad constante, impidiendo el traslado de algunos adultos mayores.</p>
3. Evaluar la motricidad y grado de dependencia del adulto mayor, según las escalas de Tinetti y Barthel.	<p>Según la Escala de Tinetti, el 60,65% tienen dificultades en el equilibrio y la marcha, con riesgo severo de caídas. Y según la Escala de Barthel, el 56% es ligeramente dependiente, el 15% tiene dependencia severa y 6,55% % dependencia grave.</p>



7.2 RECOMENDACIONES

Tomando en consideración que el envejecimiento poblacional es el problema de salud mayor de este siglo, tanto al nivel mundial como nacional, y que son las mujeres las que tienen mayor expectativa de vida, llegando a edades avanzadas en estado de viudez o soltería, necesitadas muchas de ellas de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria, y que no pocas terminan residiendo en Hogares destinados a la atención de adultos mayores, se recomienda en estos casos organizar actividades básicas como son caminar, subir y bajar escaleras, ejercicios que estimulen la fuerza (levantamiento de objetos pesados), la flexibilidad muscular (flexión de los brazos, las piernas y el tronco) y el equilibrio (marchar por una senda estrecha, sin salirse de ella); instrumentales, como son la preparación de comidas (especialmente ricas en calcio y vitaminas), realización de manualidades (costura, tejido, bordado); las sociales como son bailes, peñas literarias, encuentros de conocimientos, actividades religiosas.

Se recomienda también más estudios académicos, es decir que se realicen más investigaciones destinados al bienestar del adulto mayor, en lo posible promovidos por el Ministerio de Salud. La eliminación de las llamadas “barreras arquitectónicas” también son recomendadas y no solo para personas discapacitadas, que es el caso más conocido, sino también para adultos mayores.

Todo lo anterior evita el sedentarismo, además de que esas actividades contribuyen a fortalecer los músculos, mejorar el equilibrio y la marcha y así evitar las caídas, que son el riesgo mayor de las fracturas de cadera, las cuales provocan generalmente postración prolongada en cama, con el peligro de desarrollar neumonía hipostática que, en edades avanzadas, conducen fácilmente a la muerte. Por su parte, las actividades sociales evitan la soledad, fortalecen la autoestima y permiten que los adultos mayores se acerquen a sus propias expectativas de calidad de vida.



7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Maya Rivero A. <http://mayoresdehoy.com>. [Online].; 2012 [cited 2016 Febrero 01. Available from: <http://mayoresdehoy.com/2012/11/07/el-adulto-mayor-en-el-mundo-parte-1/>.
- 2 OMS. www.who.int. [Online].; 2016 [cited 2016 Febrero 9. Available from: www.who.int/topics/ageing/es/.
- 3 Secretaria de Salud. Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. Programa de trabajo del Subcomité Técnico de Enfermería para la Atención del Adulto Mayor. México D.F.; 2005.
- 4 MIES. www.inclusion.gob.ec. [Online].; 2012-2013 [cited 2015 Octubre 24. Available from: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf.
- 5 OMS. <http://www.who.int>. [Online].; 2015 [cited 2015 Noviembre 24. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>.
- 6 Paredes B. <http://flacso.org.ar>. [Online].; 2014 [cited 2015 Noviembre 5.
- 7 Anuario Estadístico 2014. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana; Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba; 2015.
- 8 EcuadorInmediato. <http://ecuadorinmediato.com>. [Online].; 2012 [cited 6 Noviembre 2015. Available from: http://ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=177615&umt=mas_un_millon_300_mil_adultos_mayores_hay_en_ecuador_que_equivale_al_93_poblacion.
- 9 El tiempo. <http://www.eltiempo.com.ec>. [Online].; 2011 [cited 2015 Noviembre 22 [www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/79214-los-adultos-mayores-recordaron-historias/].
- 10 Jiménez Hernández P. www.viguera.com. [Online].; 2010 [cited 2015 Noviembre 13. Available from: www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0204/0204_0239_0242.pdf.
- 11 Fundación General CSIC. Informe de la IDI sobre envejecimiento. <http://www.fgcsic.es/sites/default/files/InformeEnvejecimiento.pdf>. Madrid.; 2011.
- 12 Perera Diaz R. <http://monografias.umcc.cu/monos/2012/Facultad%20de%20Cultura%20Fisica/mo12178.pdf>. [Online].; 2012 [cited 2016 Enero 8. Available from: <http://monografias.umcc.cu/monos/2012/Facultad%20de%20Cultura%20Fisica/mo12178.pdf>.
- 13 Nash C, Jazmín L, González B, Hernández TM. [Online].; 2013 [cited 2015 Noviembre 10. Available from: <http://www.psicologiacientifica.com/deterioro-cognitivo-disminucion-marcha-adultos-mayores/>.



- 14 Monroy López A. www.amapsi.org/. [Online].; 2005 [cited 2015 Noviembre 13. Available from: www.amapsi.org/portal/index.php?Itemid=110&id=103&option=com_content&task=view.
- 15 Boza Andrade EL. <http://es.slideshare.net>. [Online].; 2012 [cited 2015 Noviembre 29. Available from: <http://es.slideshare.net/eugeniabozaandrade/inmovilidad-14675369>.
- 16 Norma Nash C. Deterioro cognitivo y disminución de la marcha en adultos mayores del área urbana y rural. 2013 Septiembre 1.
- 17 Molina JC. <http://www.institutodelenvejecimiento.cl>. [Online]. [cited 2016 Enero 8. Available from: http://www.institutodelenvejecimiento.cl/upload_img/Actividad%20f%C3%ADsica.pdf.
- 18 d'Hyver de las Deses C. Proceso de envejecimiento. In d'Hyver C, Gutierrez Robledo LM. Geriatria. Bogotá: Manual Moderno; 2011. p. 15-32.
- 19 ANDES. <http://www.andes.info.ec>. [Online].; 2012 [cited 2015 Noviembre 19. Available from: <http://www.andes.info.ec/es/actualidad/3548.html>.
- 20 Collado Vázquez S. <http://scollvaz.galeon.com/>. [Online].; 2015 [cited 2015 Diciembre 11. Available from: <http://scollvaz.galeon.com/>.
- 21 Ledesma CMB. <http://www.efisioterapia.net>. [Online]. [cited 2016 Enero 11. Available from: <http://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-y-psicomotricidad-geriatria>.
- 22 Nash C. N, Jazmín L O, González B. J. Deterioro cognitivo y disminución de la marcha en adultos mayores del área urbana y rural. Revista Psicología Clínica y Psicoterapia. 2013 septiembre; <http://www.psicologiacientifica.com/deterioro-cognitivo-disminucion-marcha-adultos-mayores/>.
- 23 Abizanda Soler P, Alfonso Silguero SA, Navarro Lopez JL. Valoración funcional del anciano. In Abizanda Soler P. Tratado de medicina geriátrica. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 172-181.
- 24 Borrelli B. Condición motriz y calidad de vida en adultos mayores. Universidad de Flores. 2011; 6(V1).
- 25 Araujo A. <http://fisioterapiasinred.com>. [Online].; 2012 [cited 2015 Diciembre 12. Available from: <http://fisioterapiasinred.com/escala-barthel/>.
- 26 American Heart Association. ¿Qué es la insuficiencia cardiaca? 2015. http://es.heart.org/dheart/HEARTORG/Conditions/What-is-Heart-Failure_UCM_308848_Article.jsp#.Vrok3PnhA_4.
- 27 Ruiz Vanegas A. <https://preventiva.wordpress.com>. [Online].; 2012 [cited 25 Noviembre 2015. Available from: <https://preventiva.wordpress.com/2012/07/16/inmovilidad-en-el-anciano/>.



- 28 Consejo de Salubridad General. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Parkinson inicial y avanzada en el tercer nivel de atención. Guía Práctica clínica GPC. 2015.
- 29 Quinteros Parra C, Tellos Avila ME. El descondicionamiento físico en los adultos mayores de los centros gerontológicos de la ciudad. 2009. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3898/1/TECT02.pdf>.
- 30 EFISIOTERAPIA. [Online].; 2012 [cited 2015 Diciembre 5. Available from: <http://www.efisioterapia.net/articulos/analisis-comparativo-tests-tinetti>.
- 31 Rodríguez I. Sedentarismo podría enfermar y matar al 60% de adultos ticos. La Nación. 2013 Febrero.
- 32 Velasco Rodríguez R, Bejines Soto M, Sánchez Gutiérrez R. Envejecimiento y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados del occidente de México. NURE Inv. 2015 Febrero.
- 33 CEPAL. Envejecimiento Demográfico. Observatorio Demográfico nº 12. 2011.
- 34 Rodríguez-Borges Y, Díaz-Ontivero C. Valoración funcional del adulto mayor con discapacidad Funcional.. Rev Cubana Investig Biomed. 2009.
- 35 Soledad Herrera P, Saldías P, Testa N. Validación de un test breve para el diagnóstico de capacidad funcional en adultos mayores en Chile. Rev. Méd. 2014; 142(9).
- 36 Medina – Mirapeix F, Navarro Pujalte E, Jimeno – Serrano F. Desarrollo de un instrumento basado en el auto-informe del paciente para medir la discapacidad en las Actividades de Movilidad (DIAM). Revista Trauma. 2009; 20(3).
- 37 Fuente M, Bayona I, Santiago F, Martínez M, Navas F. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. 2012; 23(1): p. 19-22.
- 38 INFOBAE. /www.infobae.com. [Online].; 2009 [cited 14 Noviembre 2015. Available from: [/www.infobae.com/2009/12/29/492433-habitos-y-factores-ambientales-influyen-envejecimiento-prematuro](http://www.infobae.com/2009/12/29/492433-habitos-y-factores-ambientales-influyen-envejecimiento-prematuro).
- 39 UPI. <http://espanol.upi.com>. [Online].; 2010 [cited 2015 Noviembre 4. Available from: <http://espanol.upi.com/Noticias-destacadas/2010/11/12/Unos-cuarenta-mil-adultos-mayores-viven-en-la-extrema-pobreza-en-Ecuador/92731289589154/>.
- 40 Borrelli B. <http://www.cienciared.com.ar>. [Online].; 2011 [cited 2015 Diciembre 1. Available from: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/41/1184/calidaddevidauflo_n6pp69_81.pdf.
- 41 Marzo B, de la Fuente Sanz M. <http://scielo.isciii.es>. [Online].; 2012 [cited 2015 Dic 24. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100004.



- 42 Lavalle Montalvo C. Osteoartritis. 2011.
http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/06_jun_2k10.pdf.
- 43 Ruiz del Pino MJ, Hazañas Ruiz S, Conde Melgar MJ, Enríquez Alvarez E, Jiménez- Peña Mellado D. Fracturas: conceptos generales y tratamiento. 2014.
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergen cias/fractgen.pdf>.
- 44 Radiologyinfo.org. Artritis. 2015. <http://www.radiologyinfo.org/sp/pdf/arthritis.pdf>.
- 45 Enfermedades musculares primarias. 2015.
<http://www.neurowikia.es/content/enfermedades-musculares-primarias>.
- 46 <http://www.fm.unt.edu.ar>. [Online].; 2014 [cited 2016 Enero 12. Available from: <http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Neurologia/PERIFERICAS.PDF>.
- 47 Nitrini R, Dozzi SM. Demencia: definición y clasificación. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias. 2012 Abril; 12(1): p. 75-98.
- 48 OMS. <http://www.who.int/>. [Online].; 2016 [cited 2016 Enero 12. Available from: <http://www.who.int/respiratory/copd/es/>.



ANEXOS

ANEXO Nº1 Oficio de autorización

Cuenca, 19 de Octubre de 2015.

Sor: Patricia Rodríguez

COORDINADORA DEL CENTRO GERONTOLÒGICO “MIGUEL LEÒN”

De nuestras consideraciones

Nosotras: **Karla Lorena Calle Arcentales y Teresita Johanna Cayamcela Aucancela**, egresadas de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, de la manera más comedida solicitamos, se nos permita realizar el desarrollo de nuestro trabajo de investigación con el tema “CONDICIÓN MOTRIZ EN RELACIÒN CON LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA, 2016”, institución de su acertada dirección, durante seis meses que durará el proceso del desarrollo.

ATENTAMENTE

Karla Lorena Calle Arcentales
0302621453

Teresita Johanna Cayamcela Aucancela
0105218648

Licenciada Patricia Naulaguari Medina

DIRECTORA



ANEXO N°2 Consentimiento informado

Sr usuario/a:

Nosotras, Karla Lorena Calle Arcentales y Teresita Johanna Cayamcela Aucancela, egresadas de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca, estamos realizando el proyecto de investigación previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería con el tema **“CONDICIÓN MOTRIZ EN RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL HOGAR MIGUEL LEÓN, CUENCA, 2016”**

Su participación consistirá en responder un cuestionario que se aplicará con cada uno de los adultos mayores de esa institución que acepten participar en el estudio, así como formar parte del grupo que será observado mientras realizan sus actividades diarias. Una vez concluida la investigación, los resultados obtenidos serán utilizados solo en el ámbito científico, guardando la debida confidencial, por lo que no representa ningún riesgo físico ni psicológico para Ud. De igual manera no tendrá ningún costo ni recibirá compensación económica por su participación en este estudio, además tiene derecho a negarse a participar o a retirarse del estudio en cualquier momento.

Si Ud. está de acuerdo en formar parte de esta investigación, le solicitamos se digne firmar el presente documento, así como consignar su número de cédula de Identidad.

Agradecemos su participación y colaboración.

.....

CI:.....

NOMBRES Y APELLIDOS

.....

Firma/Huella



ANEXO N° 3 Formulario de Recolección de datos

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS					
FORMULARIO #:					
FECHA:		SEXO	MASCULINO		
EDAD:			FEMENINO		
ESTADO CIVIL			TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL HOGAR MIGUEL LEON		
	SOLTERO		MENOS DE 1ÑO		
	CASADO		ENTRE 1 Y 3 AÑOS		
	DIVORSIADO		MAS DE 3 AÑOS		
	VIUDO				
UNION DE HECHO					
REALIZA USTED ACTIVIDAD FISICA			COMORBILIDADES	OSTEOPOROSIS	
SI				ARTRITIS	
NO				ALZHEIMER	
¿QUE CLASE DE ACTIVIDAD FISICA REALIZA USTED DURANTE LA SEMANA?				HTA	
CAMINAR				CARDIOPATIAS I.	
MANUALIDADES				EPOC	
TERAPIA				DIABETES	
NINGUNA				DEPRESION	
¿CON QUE FRECUENCIA USTED REALIZA LAS ACTIVIDAD QUE SE MENCIONÓ?				OTRAS	
UNA VEZ A LA SEMANA					
DOS VECES A LA SEMANA				X	
CADA QUINCE DIAS					
UNA VEZ AL MES			CON QUE FRECUENCIA VE LA TELEVISION		
MIRA USTED TELEVISION			TODOS LOS DIAS		
SI			PASANDO UN DIA		
NO			RARA VEZ		
CONSIDERA QUE LA ACTIVIDAD QUE USTED DESARROLLA ES BUENA PARA CONSERVAR SU SALUD					
SI			PORQUE		
NO					



ANEXO N° 4 Estructura del hogar Miguel León

Planta física	<p>La institución está constituida por dos pisos.</p> <p>Planta alta: conformada por el área de hospitalización, departamentos en los que labora el personal del hogar, salas, habitaciones, los mismos que están conectados por una rampa, gradas y varios pasillos.</p> <p>Planta baja: está conformada por farmacia, patio, jardín, lavandería, cocina, comedor, dormitorios.</p> <p>Estructura: de adoquín, baldosa, cemento y madera firme, algunos pasillos son estrechos dificultando la movilidad constante de los adultos mayores, impiden a su vez realizar sus actividades físicas como caminar debido a que algunos de ellos utilizan bastones, andadores o sillas de ruedas.</p> <p>Sus gradas también impiden el traslado de algunos adultos mayores ya que la mayoría de ellos necesitan ayuda para subir y dirigirse a la sala de terapia o a la iglesia, haciendo que algunos de ellos permanezcan en la planta baja sentados en sus habitaciones sin realizar ninguna actividad.</p>
Iluminación	<p>En la parte central y externa de la mayoría de habitaciones cuenta con buena iluminación porque están frente del jardín, pero también hay pocas habitaciones que tienen poca iluminación porque están muy adentradas así como en la sala de recreación y terapias provocando miedo en los adultos mayores y</p>



	<p>dificultad al momento de trasladarse a sus actividades lúdicas, terapias y habitaciones.</p>
Áreas Verdes	<p>El asilo cuenta con un jardín en la parte central diversas tipos de árboles y flores, mismas que no se encuentran en mantenimiento brindando un ambiente poco agradable y acogedor.</p> <p>También cuenta con un patio de cemento que no está cubierto por un techo para protección de sol, algunos adultos mayores permanecen ahí por lo menos media hora con y a veces sin vigilancia facilitando el riesgo de quemaduras solares y caídas.</p>
Sala de Terapias	<p>La sala de terapia es pequeña, aquí realizan terapias o actividades diferentes que imparte el profesional en este campo, pero es incómoda para conservar la movilidad de los adultos mayores, no cuentan con el equipo necesario para sus actividades haciendo que la mayoría de las actividades las realicen en el patio, la sala también es utilizada como un pequeño oratorio.</p>
Habitaciones	<p>Se puede visualizar que la mayoría de las habitaciones son individuales y pocas son compartidas es decir para dos adultos mayores, cuentan con su propia cama, televisión, servicio higiénico, armario, velador entre otros.</p>



ANEXO Nº 5 Escala de Tinetti

ESCALA DE TINETTI

Evaluación de la marcha y el equilibrio

1. MARCHA Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a "paso normal" luego regresa a "paso ligero pero seguro".	
1. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande).	
- Algunas vacilaciones o múltiples para empezar.....	0
- No vacila.....	1
2. Longitud y altura de peso	
a) Movimiento del pie derecho	
- No sobrepasa el pie izquierdo con el paso.....	0
- Sobrepasa el pie izquierdo.....	1
- El pie derecho no se separa completamente del suelo con el peso.....	0
- El pie derecho se separa completamente del suelo.....	1
b) Movimiento del pie izquierdo	
- No sobrepasa el pie derecho con el paso.....	0
- Sobrepasa al pie derecho.....	1
- El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso.....	0
- El pie izquierdo se separa completamente del suelo.....	1
3. Simetría del paso	
- La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual.....	0
- La longitud parece igual.....	1
4. Fluidez del paso	
- Paradas entre los pasos.....	0
- Los pasos parecen continuos.....	1
5. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)	
- Desviación grave de la trayectoria.....	0
- Leve/moderada desviación o uso de ayudas para mantener la trayectoria.....	1
- Sin desviación o ayudas.....	2
6. Tronco	
- Balanceo marcado o uso de ayudas.....	0
- No se balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar.....	1
- No se balancea, no se reflexiona, ni otras ayudas.....	2
7. Postura al caminar	
- Talones separados.....	0
- Talones casi juntos al caminar.....	1
- PUNTUACIÓN MARCHA: 12 PUNTUACIÓN TOTAL: 28	

2. EQUILIBRIO Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:	
1.-Equilibrio sentado	
- Se inclina o se desliza en la silla.....	0
- Se mantiene seguro.....	1
2. Levantarse	
- Imposible sin ayuda.....	0
- Capaz, pero usa los brazos para ayudarse.....	1
- Capaz de levantarse de un solo intento.....	2
3. Intentos para levantarse	
- Incapaz sin ayuda.....	0
- Capaz pero necesita mas de un intento.....	1
- Capaz de levantarse de un solo intento.....	2
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)	
- Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco.....	0
- Estable pero usa el andador, bastón o se agarra u otro objeto para mantenerse.....	1
- Estable sin andador, bastón u otros soportes.....	2
5. Equilibrio en bipedestación	
- Inestable.....	0
- Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o usa bastón u otro	

- soporte.....	1
- Apoyo estrecho sin soporte.....	2
6. Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.	
- Empieza a caer.....	0
- Se tambalea, se agarra pero se mantiene.....	1
- Estable.....	2
7. Ojos cerrados (en la posición 6)	
- Inestable.....	0
- Estable.....	1
8. Vuelta de 360 grados	
- Pasos discontinuos.....	0
- Continuos.....	1
- Inestable (se tambalea, se agarra).....	0
- Estable.....	1
9. Sentarse	
- Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla.....	0
- Usa los brazos o el movimiento es brusco.....	1
- Seguro, movimiento suave.....	2
- PUNTUACIÓN EQUILIBRIO: 16	



ANEXO N°6 Índice de Barthel

INDICE DE BARTHEL		
Comida:		
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido		
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición		
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal
Micción		
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal ...).
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
Ir al retrete		
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Transferencia (traslado cama/sillón)		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
Deambulaci3n		
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n
Subir y bajar es caleras		
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones
La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.
		Puntuaci3n Total: