



**Universidad
Andrés Bello®**

UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA REHABILITACIÓN

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESCOLARIDAD, REDES DE APOYO, RIESGO Y
EVENTOS DE CAÍDA, CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE
REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA, EN USUARIOS PERTENECIENTES
A LA AGRUPACIÓN DE PARKINSON, DE LA COMUNA DE TOMÉ.

Seminario de investigación para optar a grado académico de Magíster en
Neurorehabilitación.

Autores:

T.O. Alex Wladimir Ríos Ruiz.

Klga. Melissa Edna Turner Barrientos.

Profesor guía: Klgo. Dr. Francisco Alfonso Guede Rojas.

Concepción Chile, 2018.

AGRADECIMIENTOS

*Agradecemos a las personas que
nos impulsaron a especializarnos en el
área de la Neurorehabilitación
y todos los que participaron de este proceso.
En especial a nuestras familias y amigos, por su apoyo incondicional
y particularmente a la Agrupación de Parkinson de la comuna de Tomé,
por su gran entusiasmo y participación.*

RESUMEN

ANTECEDENTES: El envejecimiento en la actualidad se caracteriza por un aumento de la población mayor de 60 años. Dentro de las enfermedades que pueden manifestarse en esta etapa, se encuentra la Enfermedad de Parkinson (EP). El éxito de la intervención que tengan los usuarios diagnosticados con EP, dependerá de la adherencia que adquieran a este proceso. Desde aquí, nace la problemática principal de esta investigación, que corresponde a la fluctuante participación a las sesiones de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) de los usuarios pertenecientes a la Agrupación de Parkinson de la comuna de Tomé. Se identificaron dentro de esta población, diferentes factores que pueden influir sobre la adherencia. Es así que, este estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la escolaridad, redes de apoyo, riesgo y eventos de caída, con la adherencia al tratamiento de RBC de estos usuarios.

MÉTODOS: El enfoque de la investigación es cuantitativo, de alcance correlacional, de diseño no experimental y de tipo transversal.

La muestra de estudio estuvo conformada por 20 sujetos adultos mayores con EP, los cuales fueron seleccionados basados en el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión propuestos en la investigación. Para obtener información respecto de la Adherencia al tratamiento de RBC, se recopiló la asistencia de los usuarios de las últimas 12 sesiones. Para lo que respecta a la: Escolaridad, Redes de Apoyo y Eventos de Caída que hayan tenido en los últimos 3 meses, se aplicó una encuesta personal. Por último, para conocer el Riesgo de Caída, se aplicó el test Time Up and Go.

Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, para conocer la relación entre las variables descritas, considerando un nivel de significación de 95% ($p < 0,05$).

RESULTADOS: Se obtuvo que la edad promedio de los sujetos es de 71 años, de ellos 11 son de sexo masculino y 9 de sexo femenino. El 65% está en un Estadio 3 de la EP, 50% consume 5 o más fármacos y el 55% tiene dos o más patologías además de la EP. Se encontró significación estadística en 2 de las 4 correlaciones analizadas. Estas corresponden a las correlaciones inversas entre Riesgo de Caída con Adherencia ($\rho = -0,632$) y entre Eventos de Caída con Adherencia ($\rho = -0,489$).

CONCLUSIÓN: Tanto el Riesgo como los Eventos de Caídas, son factores relevantes a la hora de evaluar la Adherencia a un programa de RBC. Finalmente en cuanto a las otras variables estudiadas, es necesario que otros estudios sigan indagando y considerando estas temáticas.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1 Antecedentes y justificación del problema	13
1.2 Pregunta de investigación	14
1.3 Objetivos de la investigación	14
1.3.1 Objetivo General	14
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
1.4 Hipótesis:	15
Capítulo 2: MARCO TEÓRICO	16
2.1 Adulto mayor y proceso de envejecimiento	16
2.2 Determinantes sociales en los Adultos Mayores	20
2.3 Enfermedad de Parkinson	21
2.4 Adherencia al tratamiento:.....	27
2.5 Adherencia al tratamiento de RBC:	31
2.6 Escolaridad:	32
2.7 Redes de apoyo:	35
2.8 Riesgo de Caídas y Eventos de caídas:.....	38
Capítulo 3: MATERIALES Y MÉTODOS.....	42
3.1 Universo y muestra:	42
3.2 Tipo y diseño de investigación:	44
3.3 Métodos e instrumentos de recolección de datos:	44
3.4 Variables	46
3.4.1 Adherencia:	46
3.4.2 Escolaridad:	47
3.4.3 Redes de apoyo:	47
3.4.5 Riesgo de caída:	48
3.4.6 Evento de caída:	48
3.5 Análisis Estadístico:.....	49
Capítulo 4: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	50
Capítulo 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	54

Capítulo 6: REFERENCIAS	61
Capítulo 7: ANEXOS	82
ANEXO 1	82
ANEXO 2	83
ANEXO 3	88
ANEXO 4	89
ANEXO 5	90
ANEXO 6	91
ANEXO 7	93

INDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. Escala de Hoehn y Yahr.....	25
Figura 3.1. Resumen de reclutamiento de la muestra de estudio.....	42
Figura 3.2. Time Up and Go.....	45

INDICE DE TABLAS

Tabla 4.1.	Características socio-demográficas presentadas en frecuencias y porcentajes, de la muestra de estudio (n=20).....	50
Tabla 4.2.	Descripción de las variables de Adherencia, Escolaridad, Redes de Apoyo, Riesgo y Eventos de Caída, presentadas en frecuencias y porcentajes, del total de la muestra de estudio (n=20).....	52
Tabla 4.3.	Coefficientes de correlación (rho de Spearman) entre las variables de Escolaridad, Redes de Apoyo, Riesgo de Caída y Evento de Caída, en relación a la Adherencia, en la muestra total de estudios (n=20).....	53

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria.
ACV	Accidente Cerebro Vascular.
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
AM	Adulto Mayor.
APS	Atención Primaria de Salud.
AVD	Actividades de la Vida Diaria.
CASEN	Caracterización Socioeconómica Nacional.
DSS	Determinantes Sociales de Salud.
EA	Enfermedad de Alzheimer.
EP	Enfermedad de Parkinson.
GES	Garantías Explícitas en Salud.
INE	Instituto Nacional de Estadísticas.
ISAPD	Escala Intermedia para la Evaluación de la Enfermedad de Parkinson.
ISPOR	Sociedad Internacional de Fármaco-economía e Investigación de Resultados Sanitarios.
MINSAL	Ministerio de Salud.
MINEDUC	Ministerio de Educación.
MMSE	Mini Mental State.
OIT	Organización Internacional del Trabajo.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
RAE	Real Academia Española.
RBC	Rehabilitación de Base Comunitaria.
SENADIS	Servicio Nacional de la Discapacidad.
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor.
SM	Síntomas Motores.
SNM	Síntomas No Motores.
TUG	Time Up and Go.
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
UPDRS	Escala Unificada de Valoración de la Enfermedad de Parkinson.

INTRODUCCIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2007), el proceso de envejecimiento de la población se caracteriza por el aumento acelerado de la población mayor de 60 años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), entre el año 2000 y el 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 12% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 900 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN, 2015), en Chile, si en el año 1990 los mayores de 60 años constituían el 10,1% de la población, en la actualidad ese porcentaje supera el 17,6%, lo que da cuenta de un sostenido aumento de los adultos mayores (AM) en el país.

A sido gracias a los avances de la medicina en los últimos años, que se ha generado un aumento dramático en la expectativa de vida de las personas; esto sin embargo, ha sido acompañado por un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas relacionadas a la edad, con morbilidad, discapacidad y baja calidad de vida, frecuentemente presente en los AM (Carrillo, Carrillo, Varas, Aliaga & Chian, 2017). Es preciso reconocer en este grupo etario, problemas físicos y mentales. Más de un 20% de las personas que superan los 60 años de edad, sufren algún trastorno mental o neurológico y el 6,6% de la discapacidad en este grupo, se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la tercera edad un 17,4% de los años vividos con discapacidad (OMS, 2016).

La Enfermedad de Parkinson (EP), es una de las enfermedades neurodegenerativas más comunes en el adulto, siendo la segunda causa más frecuente de enfermedad neurodegenerativa después de la Enfermedad de Alzheimer (Willis, 2013; Schapira, 2013). Se ha estimado que la incidencia de esta enfermedad en mayores de 60 años es de 13,4 por 100,000 habitantes /año en Estados Unidos y la prevalencia, se ha estimado entre el 0,3% y el 2% en personas mayores a 60 años.

En nuestro país, no existen datos precisos sobre la prevalencia de esta condición, sólo un estudio ha estimado el número de afectados, pero su metodología dificulta hacer

estimaciones adecuadas. Basados en datos internacionales se puede estimar que existen cerca de 40.000 usuarios con EP en Chile (Chaná, Jiménez, Díaz & Juri, 2013). Según el Ministerio de Salud (MINSAL, 2010), la mortalidad se concentró fundamentalmente en los grupos etáreos 70-79 y >80 años, observándose una tendencia al alza en la mortalidad, principalmente durante los últimos años, cuya causa parece ser externa a la patología.

El objetivo de tratamiento rehabilitador, depende del Estadio de la EP en la se encuentren los usuarios y se centra mayormente en reducir la velocidad de progresión, controlar los síntomas y los efectos secundarios derivados de los fármacos que se usan para combatirla (MINSAL, 2010).

En Chile, dentro de las prestaciones que puede acceder una persona diagnosticada con EP, se encuentra el tratamiento médico, farmacológico y el de rehabilitación (MINSAL, 2010). El éxito del tratamiento va a depender de la adherencia que los usuarios adquieran al proceso de intervención, el cual es específico para cada uno de ellos. La falta de cumplimiento por parte de los usuarios a un programa de rehabilitación se refleja en la pérdida de logros obtenidos, lo cual hace necesario conocer los factores que pueden llevar a la pérdida de continuidad del tratamiento (Guzmán, Estrada, Tejada & Crespo, 2010).

Estudios sobre la participación de los usuarios en programas de rehabilitación, proponen un modelo socio-ecológico para entender los múltiples niveles que actúan como barreras para una correcta adherencia, incluyendo factores intrapersonales, interpersonales, organizacionales, políticos y factores ambientales o situacionales (Guzmán, Estrada, Tejada & Crespo, 2010). Es en base a este contexto, que se identificaron diferentes factores que pudieran influir sobre la adherencia a un tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) en usuarios con EP, pertenecientes a la Agrupación de Parkinson de la comuna de Tome. Se identificaron factores sociodemográficos propios de la comuna, tales como el nivel de escolaridad y la cantidad de redes de apoyo identificadas por los usuarios; y factores relacionados de manera directa con la evolución de la EP, tales como el riesgo y los eventos de caída. Es así que nace el objetivo de la presente investigación, la cual pretende determinar la relación entre nivel de escolaridad, redes de apoyo, riesgo y eventos

de caída, con la adherencia al tratamiento de RBC en usuarios pertenecientes a la Agrupación de la comuna de Tomé. En base a lo anterior, los investigadores buscan dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre el nivel de escolaridad, redes de apoyo, riesgo y eventos de caída con la adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria en usuarios pertenecientes a la Agrupación de Parkinson, de la comuna de Tomé?.

Para adquirir información sobre la Adherencia al tratamiento de RBC se recopiló la asistencia de los usuarios de las últimas 12 sesiones. Para lo que respecta a: nivel de Escolaridad, Redes de Apoyo y Eventos de caída que hayan tenido en los últimos 3 meses, se aplicó una encuesta personal que se contestó de forma individual. Por último, para conocer el riesgo de caída, se aplicó el test Time Up and Go. Los instrumentos de evaluación serán aplicados a AM con edades comprendidas entre 60 y 83 años. Todos ellos diagnosticados con EP, dentro de los Estadios 1 y 3, pertenecientes a la Agrupación de Parkinson de la comuna de Tomé.

Los resultados de esta investigación, pretender aportar evidencia actualizada desde las variables identificadas, lo cual permitirá idear estrategias para promover el cumplimiento terapéutico de los proceso de rehabilitación fuera de los dispositivos asistenciales. También, promoviendo la creación de nuevas políticas públicas y redes de apoyo que permitan dar acompañamiento a los usuarios en sus diversas problemáticas que repercuten de manera directa sobre la adherencia en el proceso de rehabilitación.

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Antecedentes y justificación del problema.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), se estima a nivel mundial que la población está envejeciendo muy rápidamente, de manera que entre el año 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará.

En Chile, de acuerdo a la última encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN, 2013), dio a conocer que actualmente 2.885.157 de personas en nuestro país son adultos mayores (AM), grupo en el cual predominan las mujeres. El índice de feminidad es de 134 mujeres por cada 100 hombres.

Considerando estas estadísticas, Chile en 42 años, desde 1999 a 2041, triplicará su población de tercera edad (Wan, Goodkind & Kowal, 2016).

Según el Ministerio de Salud (MINSAL, 2010), son muchos los AM que sufren, en mayor o menor medida, un deterioro de sus capacidades físicas e intelectuales, sobre todo cuando el envejecimiento se acompaña de enfermedades neurodegenerativas como las demencias, la Enfermedad de Parkinson (EP) o la Enfermedad de Alzheimer, cuyas incidencias aumentan exponencialmente en función de la edad.

Desde este contexto es que nace la importancia de la adherencia a un tratamiento. Un comportamiento adherente pudiese cambiar en el tiempo debido a la percepción del individuo en la eficacia de la medicación, factores económicos, socioculturales, ambientales, etcétera (Peinado et al., 2000). La no-adherencia se define entonces como, la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida (Silva, Galeano, & Correa, 2005) y conlleva a un problema inquietante por su gran magnitud y por su complejidad, siendo responsable del aumento de la

morbimortalidad, complicaciones, ingresos hospitalarios, costos sanitarios e insatisfacción del usuario (Pisano & González, 2014).

Se identifica que la problemática principal del grupo de estudio, radica en la fluctuante participación de los integrantes a las sesiones de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC). Esto se visualiza a través del registro que se lleva de la asistencia de cada usuario. El porcentaje de inasistencia total de los AM con EP que asisten generalmente a la agrupación, fluctúa entre un 35 y un 40% y específicamente en la muestra de estudio corresponde a un 36,35%, en las últimas 12 sesiones. En base a lo expuesto, los investigadores mediante este estudio buscan analizar, como posibles factores relevantes de esta población, como son el: nivel de escolaridad, la cantidad de redes de apoyo con las que cuentan los usuarios, el riesgo y los eventos de caída, pueden relacionarse con la adherencia al tratamiento de RBC.

1.2 Pregunta de investigación.

¿Cuál es la relación entre el nivel de escolaridad, redes de apoyo, riesgo y eventos de caída con la adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria en usuarios pertenecientes a la Agrupación de Parkinson, de la comuna de Tomé?

1.3 Objetivos de la investigación.

1.3.1 Objetivo General:

Analizar la relación entre nivel de escolaridad, redes de apoyo, riesgo y eventos de caída, con la adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria en usuarios, pertenecientes a la Agrupación de Parkinson de la comuna de Tomé.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- a) Determinar las características socio-demográficas de la muestra de estudio.
- b) Determinar el nivel de Adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria de la muestra de estudio.
- c) Determinar el nivel de Escolaridad, Redes de Apoyo, Riesgo y Eventos de Caída de la muestra de estudio.
- d) Determinar la relación entre la Escolaridad y la Adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria.
- e) Determinar la relación entre el número de Redes de Apoyo y la Adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria.
- f) Determinar la relación entre el Riesgo de Caída y la Adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria.
- g) Determinar la relación entre la cantidad de Eventos de Caídas y la Adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria.

1.4 Hipótesis:

- a) A mayor Escolaridad de los usuarios participantes del estudio, mayor será su Adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria.
- b) A mayor cantidad de Redes de Apoyo identificadas por los usuarios participantes del estudio, mayor será su Adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria.
- c) A menor Riesgo de Caída de los usuarios participantes del estudio, mayor será su Adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria.
- d) A menor número de Eventos de Caída experimentados por los usuarios participantes del estudio, mayor será su Adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.

2.1 Adulto mayor y proceso de envejecimiento.

El ser humano pasa por diferentes etapas durante toda su vida, una de ellas es la vejez, la cual se caracteriza por ser “natural, continua, progresiva, universal, dinámica, irreversible, declinante, heterogénea, y hasta el momento inevitable” (Moya, 2012).

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (INE, 2007), el proceso de envejecimiento de la población se caracteriza por el aumento de la población mayor de 60 años. Esta situación en la actualidad genera un proceso de análisis, búsqueda de información y/o actualización por parte de los estados, comunidades académicas, entre otros, que permita abordar esta temática de manera sustentable, proponiendo políticas públicas que den respuesta a las necesidades evidenciadas. Como factores que influyen sobre las personas adultas mayores se encuentran una gran cantidad de determinantes sociales y sociodemográficas (DSS). Estas DSS desde su abordaje facilitan la comprensión del ciclo vital “la tercera edad”.

Según INE (2007), se demuestra que 1 de cada 9 personas tiene 60 años o más y, en el año 2050, esta cifra será 1 de cada 5; para ese entonces habrá más personas mayores de 60 años que menores de 15 años. Bajo la misma línea, la última Encuesta de Caracterización Socio Económica Nacional (CASEN, 2013), dio a conocer que actualmente 2.885.157 de personas en nuestro país son adultos mayores, grupo en el cual predominan las mujeres.

De acuerdo a investigaciones realizadas en Europa por Suso (2006), señalan que la edad media de la población está experimentando un incremento a una razón de 4 meses por años, con lo cual se estima que, en el 2025, se alcance los 44,6 años. Es por ello que, en Europa ya han comenzado a trabajar sobre este problema demográfico desde hace algunos años al establecer claros lineamientos acerca de cómo mitigar este fenómeno.

En América Latina, de acuerdo a Bertranaou (2005), se viene experimentando en las últimas décadas, bajas tanto en la tasa de crecimiento de la población joven, como en la tasa de mortalidad de sus habitantes, lo cual ha generado un alto número de personas mayores de 60 años, por lo que se estima que estos se dupliquen en los próximos 25 años. Chile no ha quedado libre de este fenómeno, puesto que es uno de los países de América Latina, con los indicadores más preocupantes en relación a las bajas tasas de natalidad, así como al crecimiento de la población; como contrapartida, lo anterior genera una esperanza de vida cada vez más extensa, la cual hace que sin duda, este problema se acentúe.

El envejecimiento de la población tiene importantes consecuencias, ya que implica por ejemplo, la disminución de la natalidad, que el porcentaje de los jóvenes en edad de trabajar disminuya de manera considerable y aumente el número de las personas sobre 65 años. De acuerdo a Suso (2006), esto configura, “una nueva estructura demográfica que repercute en múltiples dimensiones de la vida social y económica, especialmente en la composición del mercado de trabajo y en la orientación de los sistemas de protección social”.

En los adultos mayores, la aparición de enfermedades y en especial, las de origen neurológico, son una de las principales causas de discapacidad y muerte en todo el mundo, sin embargo, existe muy poca información sobre su frecuencia y distribución en los países en desarrollo. En estos últimos, los principales datos sobre la morbilidad por enfermedad neurológica provienen de los registros de egreso de instituciones de atención médica. Dentro de las patologías más frecuentes de origen neurológico en los adultos mayores se encuentran los Accidentes Cerebro Vasculares (ACV), la Enfermedad de Alzheimer (EA) y la Enfermedad de Parkinson (EP). Estas patologías en la actualidad, se convierten en cuadros clínicos que acompañan a los adultos mayores durante todo el trascurso del ciclo vital, por lo cual se dificulta su participación social en contextos cotidianos.

De acuerdo al Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA, 2009), el envejecimiento tiene dos tipos de distinciones. Por un lado, el envejecimiento individual y por otro, el envejecimiento poblacional.

a) ***Envejecimiento individual:*** Corresponde al proceso que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte, que conlleva cambios biológicos, fisiológicos y psicosociales de variadas consecuencias.

b) ***Envejecimiento poblacional:*** Se refiere al proceso de transformación demográfica de las sociedades, caracterizado por el crecimiento de la proporción de individuos de edades avanzadas respecto de los más jóvenes.

Se espera que estos dos tipos de envejecimiento, puedan generar oportunidades de desarrollo para aprovecharse en función del logro de una mejor calidad de vida para las personas mayores, sin que sea un obstáculo la edad que ellos poseen, de manera que se puedan generar más opciones laborales para ellos, que apunten principalmente a su progreso como seres independientes y capaces de generar conocimientos.

En la medida que la población va envejeciendo, la presencia de enfermedades crónicas, dolores y discapacidades va aumentando; estas afecciones cuentan con un bajo pronóstico de cura, lo cual lleva a complicaciones en el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), dificultando la independencia y la autonomía de quien las padece.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), actualmente más de 868 millones de personas en el mundo superan los 60 años. Se habla de casi un 12 % del total de la población mundial, y para el año 2050, se estima que haya un incremento del 22 % , equiparando el porcentaje de los menores de 15 años. Esta proyección supone nuevos retos sociales y una respuesta desde los sistemas de salud, que permita favorecer entre los envejecidos, procesos de adaptabilidad y crecimiento psicosocial.

Una de las principales problemáticas de los adultos mayores, es la prevalencia del dolor, la cual junto a las pérdidas asociadas al envejecimiento, crean una serie de cambios a nivel físico, sensorial y/o cognoscitivo, provocando deterioro de las capacidades funcionales, generando en ciertos casos, dependencia funcional (Araña, 2011), entendida como un estado que imposibilita al sujeto por razones asociadas a la falta o deterioro de autonomía física, psíquica o intelectual, a valerse por sus propios medios para realizar las

tareas cotidianas como lo son, bañarse, caminar, ir al baño, levantarse de la cama, contestar el teléfono, entre otras (Manrique, Salinas, Moreno, & Téllez, 2011) y (Bertone, Torres & Andrada, 2014).

Asimismo, autores como Jiménez et al. (2012), consideran que para comprender el concepto de dependencia funcional es necesario hacer énfasis en tres componentes que la definen:

- a) ***Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)***: Relacionadas a la capacidad de autocuidado, como entender y ejecutar tareas sencillas, que dotan al individuo de independencia para llevar a cabo labores que le permitan vivir sin ayuda continua.
- b) ***Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)***: Actividades más complejas, que están encaminadas a posibilitar la relación con el entorno; entre las que se encuentra, el uso de los medios de transporte, preparar la comida, realizar compras, entre otras.
- c) ***El componente relacionado con la marcha y el equilibrio***: Dos factores asociados a la motricidad.

Ahora bien, cabe resaltar que el estado de dependencia, puede ser desencadenante de alguna enfermedad, dolor permanente, o bien de un proceso degenerativo, que al ser grave o duradero proporciona al organismo una serie de afecciones, provocando en sí, la alteración del funcionamiento normal y con esto, la incapacidad de llevar a cabo las tareas cotidianas (Barrios, Castilla, Montero, & Rodríguez, 2011) y (Cerquera, Uribe, Matajira & Correa, 2017). Es por esta razón que es entendible que a través de los años exista una mayor posibilidad de sufrir pérdidas asociadas a la capacidad funcional; no obstante, la edad no está directamente relacionada con esta causa, pues el estado de salud en los adultos mayores es el resultado de múltiples procesos de todo un período de vida, tales como los hábitos alimenticios, el ejercicio físico, las actividades de ocio y tiempo libre y en general, las conductas de salud. Sin embargo, en estudios como el de, Gázquez, Pérez, Mercader & Molero (2011), se hace visible una correlación positiva entre la edad y el nivel de dependencia, es decir, a medida que aumenta la edad, también se produce un aumento de la dependencia; argumento compartido por Segovia & Torres (2011), quienes exponen como

causas potenciales de la pérdida funcional: la edad, los factores sociales y las enfermedades; y por, González & Ham-Chande (2007), quienes sustentan que, el deterioro funcional hace alusión a la fase de declinación, la cual pertenece a una etapa del ciclo de vida, en donde el individuo experimenta mayor dependencia y deterioro acelerado, este a su vez se incluye dentro del concepto de envejecimiento funcional, que generalmente se presenta entre los individuos de 60, 65 o más años. Este rango de edad suele estar asociado a múltiples anomalías, que, si bien no ocasionan la muerte, están ligadas a generar una serie de afecciones que estimulan fragilidad, incapacidad funcional y dependencia.

2.2 Determinantes sociales en los Adultos Mayores.

La importancia de las (DSS), ha sido señalada por un sin número de autoridades sanitarias, entre ellas la OMS, quien expresa no solo en términos técnicos, sino también en términos políticos a la hora de abordar las concepciones en el difícil proceso salud-enfermedad (Delgado et al., 2013).

De acuerdo a González, Hechavarría, Batista & Cueto (2017), da a conocer que los DSS, desde la Segunda Guerra Mundial, supusieron un doble descubrimiento de las desigualdades sociales y comenzaron su relación en torno al impacto en la calidad de vida de las personas. En el año 1946, en la constitución de la OMS, se reflejó lo más avanzado del pensamiento médico-social, el que estuvo muy presente en la definición de la salud, definiéndola como: "un estado de pleno bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad", así como un derecho fundamental de los individuos, (antecediéndose en ese aspecto, a la Declaración Universal de los Derechos Humanos). También se hizo explícito dentro de las funciones de la OMS, la colaboración con los Estados miembros de la organización y los organismos especializados apropiados, para: "promover el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo y otros aspectos de la higiene del medio". En la segunda mitad del siglo pasado, la Conferencia Internacional de Alma Ata realizada el año 1978 (OMS, 2008), consideró también, como uno de los pilares básicos de la estrategia de

la Atención Primaria de Salud (APS) a los DSS, declarando la: “necesidad de una estrategia integral de salud, que no solo preste servicios de salud, sino que también aborde las causas sociales, económicas y políticas subyacentes de la mala salud”. Actualmente la OMS define los DSS como el: “conjunto de las condiciones sociales, en las cuales el individuo nace, crece, y envejece, afectando su salud”. Estos se han mantenido como el elemento central de la ideología y vida cotidiana de la humanidad en algunas poblaciones, por ejemplo, entre los inmigrantes. En ellos, la salud es concebida holísticamente con la tierra, la naturaleza y la vida social y espiritual

Es importante mencionar que la salud puede ser entendida como un fenómeno global o bien como uno parcial con múltiples dimensiones (Steffic, 2000). Por ejemplo, se puede mencionar que es posible evaluar la salud general de las personas y clasificarlas como más o menos saludables. Por otro lado, también se puede mencionar que existe una dimensión subjetiva, que consiste en como las personas perciben su propio nivel de salud. También podemos encontrar una dimensión funcional, que tiene que ver con la capacidad que poseen los individuos para desenvolverse de forma autónoma y realizar las AVD, que les permiten mantenerse socialmente integrados (por ejemplo, salir de la cama, caminar y subir escaleras). En tercer lugar, podemos referirnos al ámbito objetivo, que dice relación con la presencia o ausencia de síntomas y enfermedades y por último, la salud también tiene que ver, en su nivel más básico, con el hecho de estar vivo o muerto y con el contexto tanto social y físico que rodea a la persona (Calvo & Mortorell, 2008).

2.3 Enfermedad de Parkinson.

La EP es un trastorno neurodegenerativo crónico progresivo y es la segunda enfermedad neurodegenerativa con mayor prevalencia en el mundo después de la EA (Willis, 2013) y (Schapira, 2013).

De acuerdo al Ministerio de Salud (MINSAL, 2010), la EP, se inicia generalmente en personas de entre 50 y 60 años (Mayeux, 2003), aunque se puede presentar en personas

de menor edad; es crónica y progresiva, causando una pérdida paulatina de la capacidad física y mental, hasta llegar a la discapacidad total. La incidencia anual de la patología oscila entre 5-24 por cada 100.000 habitantes. Su prevalencia varía entre 100-200 por 100.000 habitantes y se presenta con mayor frecuencia en los hombres (Chaná, 2013). Datos estadísticos a nivel internacional determinan que, en el Reino Unido, el 2% de la población mayor de 65 años está afectada con EP (MINSAL, 2010). En relación a los datos estadísticos sobre la mortalidad, estos están limitados por la falta de precisión de los certificados de defunción y por la confusión diagnóstica de la enfermedad. En nuestro país, no existen datos precisos sobre la prevalencia de esta condición, sólo un estudio ha estimado el número de afectados, pero su metodología dificulta hacer estimaciones adecuadas. Basados en datos internacionales se puede estimar que existen cerca de 40.000 usuarios con EP en Chile (Chaná, 2013). La mortalidad se concentró fundamentalmente en los grupos etáreos entre 70 y 79 años y >80 años, observándose una tendencia al alza en la mortalidad, principalmente durante los últimos años, cuya causa parece ser externa a la patología (MINSAL, 2010). La mortalidad por EP en Chile, para el período 1990-2003, varió entre 0.35 a 2.08 x 100.000 personas para la población general, y entre 0.35 a 2.08 y 0.36 a 2.11 x 100.000 personas para la población de hombres y mujeres respectivamente. La mortalidad por EP es 1.65 veces mayor en hombres que en mujeres. De acuerdo a Fereshtehnejad et al. (2015), declaran en uno de sus estudios que existe una significativa diferencia en relación a cómo influye el sexo a la hora de presentar resultados sobre una determinada temática. Esta información es preponderante a la hora de analizar y abordar temáticas como la frecuencia y correlación de las manifestaciones de ciertas enfermedades en parte de la población.

Desde el punto de vista anatomopatológico, en la EP se observa pérdida de neuronas en el locus cerúleo, núcleo dorsal del vago y fundamentalmente, en la parte compacta de la sustancia negra (Catalán, & Rodríguez del Álamo, 2016), es donde se observa disminución de la secreción de dopamina, neurotransmisor que controla el movimiento voluntario. Los primeros síntomas son evidentes tras la disminución dopaminérgica de aproximadamente el 80% (Goetz, Tanner & Stebbins, 1988). Esto sugiere que las personas con diagnóstico de EP, presentan una gran neurodegeneración asintomática antes de que

aparezcan los primeros indicios de la enfermedad (Hurtado, Cardenas, Cardenas & León, 2016). Es importante también mencionar que, se genera una pérdida del depósito en las neuronas supervivientes de estructuras proteicas denominadas cuerpos de Lewy, cuyo componente esencial es una proteína denominada α -sinucleína (Rodríguez, 2013).

La mayoría de los usuarios con EP, se encuentran en situación de doble vulnerabilidad: vejez y discapacidad (MINSAL, 2010). Esta enfermedad, no afecta a todos de la misma manera y la velocidad de la evolución difiere entre cada uno de los sujetos que presenta el cuadro diagnóstico. El temblor de reposo es el síntoma principal para algunos usuarios, mientras que para otros, no existe o es muy leve. Desde el punto de vista clínico se caracteriza clásicamente por una tríada de síntomas motores: temblor de reposo, rigidez muscular e hipocinesia (MINSAL, 2010).

De acuerdo a la Asociación de Parkinson de Madrid (2016), los síntomas de la enfermedad a menudo comienzan de un lado del cuerpo. Sin embargo, a medida que evoluciona la enfermedad, finalmente afecta ambos lados. Aún después de que la enfermedad involucra ambos lados del cuerpo, los síntomas a menudo son menos graves en un lado que en el otro.

Los cuatro Síntomas Primarios o Síntomas Motores (SM) de la EP son:

a) *Temblor:* El temblor asociado con la enfermedad tiene una apariencia característica. Típicamente, el temblor toma la forma de un movimiento rítmico hacia adelante y hacia atrás a una velocidad de 4-6 latidos por segundo. Puede involucrar el pulgar y el índice y parecer un temblor como "rodar píldoras". El temblor a menudo comienza en una mano, aunque a veces se afecta primero un pie o la mandíbula. Es más obvio cuando la mano está en reposo o cuando la persona está bajo estrés. Por ejemplo, el temblor puede volverse más pronunciado unos segundos después de que las manos descansan sobre una mesa. El temblor generalmente desaparece durante el sueño o mejora con el movimiento intencional.

b) *Rigidez muscular:* La rigidez, o resistencia al movimiento, afecta a la mayoría de las personas con EP. Un principio importante del movimiento corporal es que

todos los músculos tienen otro que se opone. El movimiento es posible no solamente porque un músculo se vuelve más activo, sino porque el músculo opuesto se relaja. En la EP, la rigidez muscular sobreviene cuando, en respuesta a señales del cerebro, el delicado equilibrio de los músculos opuestos se perturba. Los músculos permanecen constantemente tensos y contraídos y la persona tiene dolor o debilidad. Esta rigidez, se vuelve obvia cuando otra persona trata de mover el brazo del usuario, el cual se moverá solamente en forma de trinquete o con movimientos cortos y espasmódicos conocidos como rigidez de "rueda dentada".

c) **Bradicinesia:** La bradicinesia, o el retardo y pérdida del movimiento espontáneo y automático, es particularmente frustrante debido a que puede hacer que las tareas simples sean algo difíciles. La persona no puede realizar rápidamente movimientos rutinarios. Las actividades, antes realizadas rápida y fácilmente, como asearse y vestirse, pueden tomar varias horas.

d) **Inestabilidad postural:** La inestabilidad postural, o deterioro del equilibrio, hace que los usuarios se caigan fácilmente. Las personas afectadas pueden desarrollar una postura encorvada en la cual la cabeza está inclinada hacia delante y los hombros caídos.

Menos conocidos y explorados son los Síntomas No Motores (SNM). Estos son varios y se producen, en parte por, acumulación de cuerpos de Lewy en regiones del Sistema Nervioso distintas de la sustancia negra compacta, lo que puede producirse incluso, antes de su detección en la sustancia negra, lo cual explica la aparición de manifestaciones no motoras previas al inicio de los síntomas cardinales de la enfermedad (Pérez, Aguilera, Núñez, & Colina, 2017).

Según Pérez et al. (2017), en su estudio señalan que los SNM, se agrupan de la siguiente forma:

a) **Neuropsiquiátricos:** Trastornos del humor (depresión, apatía, ansiedad, anhedonia, ataques de pánico), trastornos cognitivos (déficit de atención, síndrome disejecutivo, disfunción visuoespacial), confusión, demencia, psicosis con ilusiones, alucinaciones y delirio.

b) **Relacionados con el sueño:** Trastornos en el inicio y mantenimiento del sueño (insomnio de conciliación, despertar precoz, sueño fragmentado), trastornos de

conducta del sueño REM (pérdida fisiológica de atonía, sueños vívidos con vocalizaciones y exceso de actividad motora) e hipersomnia diurna.

c) *Autonómicos:* Disfunción cardiovascular (hipotensión ortostática), gastrointestina (sialorrea, disfagia, gastroparesia, estreñimiento, tenesmo, incontinencia fecal), urogenital (polaquiuria, urgencia miccional, nicturia) y termorreguladora.

d) *Sensitivo-sensoriales:* Hiposmia, ageusia y diferentes variantes del dolor. Puede ser dolor musculoesquelético en relación con la rigidez y acinesia (hombro doloroso), dolor distónico (disonía matutina), dolor radicular y neuropático, atribuible a posturas deformantes espinales y dolor específico o primario o central: calambres, sensación de tensión, entumecimiento, hormigueo y sensación de tensión muscular, entre otros.

e) *Otros:* Fatiga, diplopia, visión borrosa, seborrea, así como pérdida o ganancia de peso. Los estudios sobre la EP son numerosos a escala mundial y se apoyan en el desarrollo alcanzado en campos como la neurofisiología, la neurocirugía y la neuroimagen. En épocas recientes muchos especialistas han orientado sus investigaciones hacia los SNM de esta enfermedad, y han obtenido resultados alentadores en cuanto al conocimiento de la fisiopatología y tratamiento de estos; sin embargo los estudios nacionales.

De acuerdo a Marti & Cubo (2007), desde 1960 se han publicado una variedad de escalas para evaluar la EP. Las primeras evaluaban los signos y síntomas más importantes de la enfermedad, en relación a la severidad de la discapacidad generada, como la de Hoehn y Yahr en 1967. Estas escalas también fueron utilizadas para evaluar la eficacia de los tratamientos disponibles y a mediados de 1970, se resaltó la importancia de las complicaciones motoras y mentales, para lo que se adicionaron nuevos ítem a las escalas nuevas. En 1987, apareció la Escala Unificada de Valoración de la Enfermedad de Parkinson (UPDRS) y la Escala Intermedia para la Evaluación de la Enfermedad de Parkinson (ISAPD), (Fahn y Elton, 1987), con el objetivo de lograr una medida uniforme y válida, para la evaluación de la EP (Marti & Cubo, 2017). Se han creado muchas y variadas escalas, y variantes de varias de estas, para ser utilizadas en diferentes estudios; esto dificulta su comparación y la interpretación de sus resultados. Para solucionar este

problema se propuso que se usara como instrumento común de evaluación una escala validada y ampliamente utilizada. Con esta intención se desarrollaron la UPDRS y la ISAPD. Todas las escalas han sido evaluadas con el fin de valorar el cumplimiento de los criterios de calidad métricos para cada característica de cada escala de forma simultánea. La puntuación de la evaluación a la escala va de 0 a 10, lo que significa que, a mayor puntuación, mejor es la escala (Starkstein, Mayberg, Leiguarda & Preziosi, 1992). La UPDRS está entre las mejores valoradas para seguimiento de la progresión general de la enfermedad, y la escala de Hoehn y Yahr es utilizada para estratificación estática. La escala de Hoehn y Yahr en la actualidad es utilizada como instrumento de caracterización de sujetos con EP en relación a las diferentes manifestaciones que presentan. Este instrumento de valoración es fácil de administrar para clasificar al sujeto de acuerdo a su complejidad. Indica la severidad basada en la lateralidad del compromiso, el compromiso de la movilidad, los reflejos posturales y la discapacidad. Aunque inicialmente se diseñó como una escala de 5 puntos (Hoehn & Yahr, 2001) (Figura 2.1.). En 1990 se adicionaron los estadios 1.5 y 2.5 (Goetz, Tanner & Stebbins, 1988), estos fueron incluidos, pero nunca fue validada dentro de la batería de la UPDRS. La escala de Hoehn & Yahr, se puede utilizar como un índice de progresión clínica en el análisis de supervivencia (Goetz et al., 2004), y se ha observado una buena correlación entre esta y la UPDRS, también se correlaciona bien con las características de las imágenes y la patología (Stebbins & Goetz, 1999).

Figura 2.1. Escala de Hoehn y Yahr (adaptada de MINSAL, 2010).

Estadio 0	No hay signos de enfermedad.
Estadio 1	Enfermedad Unilateral.
Estadio 2	Enfermedad Bilateral, sin alteración del equilibrio.
Estadio 3	Enfermedad Bilateral leve a moderada con inestabilidad postural; físicamente independiente.
Estadio 4	Incapacidad grave, aún capaz de caminar o permanecer de pie sin ayuda.
Estadio 5	Permanece en silla de rueda o encamado si no tiene ayuda.

2.4 Adherencia al tratamiento.

De acuerdo a la OMS (2003), la adherencia se define como: “el grado en que el comportamiento de una persona al tomar un medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida y se ajusta a las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. De acuerdo a otro autor, la adherencia a un tratamiento se define como: “la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido (Herruzo, 2010).

De acuerdo a Dilla, Valladares, Lizán & Sacristán (2009), la Sociedad Internacional de Fármaco-economía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR), ha definido adherencia como el cumplimiento terapéutico, establecido como el grado en que un usuario actúa en el proceso.

Desde el punto de vista del tratamiento, las posibilidades existentes a las que puede acceder un usuario que es diagnosticado con EP, se encuentran: la atención médica, farmacológica y de rehabilitación dentro del dispositivo asistencial al cual pertenece. Todo lo anterior está garantizado como una política de Estado que queda determinada en las normas de Garantías Explícitas en Salud (GES), para la EP (MINSAL, 2010). Se debe iniciar tratamiento cuando el individuo presenta alteraciones funcionales que alteran su vida: en el ámbito laboral, actividades cotidianas de la vida diaria; que incluyan el uso de utensilios domésticos y ayudas técnicas cuando se presentan alteraciones producidas por trastornos de la marcha y/o estabilidad (Vidal & Madrid, 2014).

De acuerdo a Quiroz (2014), la escases de adherencia a los diferentes tratamientos: médicos, farmacológicos y/o de rehabilitación, podría derivar en una falta de vinculación del usuario con su proceso de recuperación y/o rehabilitación. Desde el punto de vista de la rehabilitación, cuando un proceso se interrumpe se tiene como consecuencia la reiniciación del tratamiento; generando así un círculo vicioso en desmedro de la salud de la persona que la padece. De acuerdo a Guzmán (2010), la falta de cumplimiento por parte del usuario que se atiende en un programa de rehabilitación, se refleja en la pérdida de logros obtenidos, lo

cual hace necesario conocer los factores que pueden llevar a la pérdida de continuidad del tratamiento. La realidad de cada sujeto es variada, depende de un sinnúmero de condiciones internas y externas, las cuales afectarán la manera de proceder desde las acciones de cada uno de los involucrados.

Algunos estudios sobre la participación de los usuarios en programas de rehabilitación, proponen un modelo socio-ecológico para entender los múltiples niveles que actúan como barreras, incluyendo el intrapersonal, interpersonal, organizacional, político y comunitario (Duxbury, 2008). Las barreras intrapersonales descritas, incluyen la falta de compromiso y motivación; sin embargo, clásicamente la falta de motivación ha sido etiquetada en forma negativa, considerando que los usuarios que no asisten a los tratamientos, tienen falta de adherencia, cosa que en realidad no es cierta en todos los casos; la percepción de bienestar, la aceptación de reglas, la creencia en la eficacia del tratamiento, la tolerancia al dolor (Brewer et al., 2003), las alteraciones emocionales y la creencia en la capacidad de realizar las actividades prescritas. La depresión tiene una influencia significativa en la adherencia (Glazer, Emery, Frid & Banyasz, (2002). Las barreras interpersonales incluyen la falta de apoyo familiar o médico (Hershberger, Robertson, Kimberly & Markert, 1999). Las barreras organizacionales incluyen problemas de transporte, largas distancias hasta los centros de rehabilitación y problemas laborales que impiden asistir a los programas o seguir sus recomendaciones (Duxbury, 2008). Otros factores descritos, socialmente se deben principalmente a limitaciones económicas que impiden seguir los protocolos de rehabilitación; en muchos casos las limitaciones dependen de los pacientes, pero en otros casos dependen de los sistemas de salud de cada país y del costo individual de cada una de las estrategias del manejo en la rehabilitación, ya sean ambulatorias, institucionales o domiciliaria (Moffa-Trotter & Anemaet, 1999). Factores ambientales o situacionales que afectan la adherencia incluyen los horarios de atención clínica, la comunicación, el apoyo de los terapeutas y las expectativas del profesional sobre el comportamiento del usuario (Duxbury, 2008).

Por otro lado, Dilla et al. (2009), menciona como causas de incumplimiento, la existencia de varios factores que pueden desembocar en un problema de adherencia y la

mayoría de ellos están estrechamente relacionados. Se puede mencionar: la edad, el entorno cultural y social del paciente, el nivel de educación, así como su personalidad, condicionan el resultado del tratamiento. Algunos usuarios no cumplen el tratamiento, debido a la creencia de que no han sido tratados correctamente o de que el medicamento no es efectivo, o también por comprender con dificultad las explicaciones médicas relacionadas con el tratamiento. Otras veces la causa es un simple olvido o dificultades a la hora de conseguir la medicación. La depresión o la existencia de trastornos cognitivos como la EA también son de las principales razones para el incumplimiento.

Según Guzmán (2010), menciona que existe una controversia con el uso de los términos cumplimiento y adherencia, para definir de la mejor manera el compromiso de un usuario con el tratamiento. La palabra cumplimiento hace referencia a un usuario pasivo que obedece a las órdenes médicas e implica que esté conforme con los objetivos definidos por el área médica, la cual siempre se encuentra en una posición de autoridad. Esta implica que el experto, se pronuncia de forma unilateral acerca del régimen que debe seguir el usuario dentro de un modelo paternalista. Por el contrario el término adherencia captura adecuadamente la complejidad del acto médico, caracteriza al usuario como independiente y autónomo y le asigna un rol voluntario y activo a la hora de definir los objetivos del tratamiento. Algunos autores han sugerido que cambiar el término cumplimiento por el de adherencia, refleja un cambio en la forma de entender la relación médico-usuario, hacia un paradigma social. Es importante que los equipos de salud estén conscientes de la independencia de los usuarios y su capacidad de tomar decisiones en los procesos. Desde esta misma mirada, se espera que el abordaje integral de la atención de los usuarios, sea desde una mira de interdisciplinaria, la cual involucre a profesionales de la salud, investigadores, la administración sanitaria e industria farmacéutica, con el objeto de que tengan un abordaje al problema desde el punto de vista de la promoción, prevención y rehabilitación

Ogueda, & Barra, (2017), describen que, la adherencia al tratamiento tiene que ver con la relación entre creencias compensatorias y el concepto de salud que cada sujeto tiene de sí mismo. Se han encontrado algunas situaciones en las que sostener dichas creencias

puede tener efectos positivos. Una de tales circunstancias ocurre en las etapas iniciales de los procesos del cambio conductual en relación al proceso que se está viviendo. Muchas veces las creencias, desde la cultura pueden tener un efecto motivador de la conducta, pues consideran que la compensación es posible para reducir la dificultad percibida en las diferentes tareas y por ende, el objetivo se percibe como alcanzable. Lo anterior funciona solo en las etapas iniciales, pues en las posteriores las creencias compensatorias no solo afectan el cumplimiento de las metas, sino que disminuyen la motivación. Los procesos van avanzando y se requieren otras herramientas. En relación con esto último, se ha visto que las intenciones de compensar disminuyen con el tiempo (Radtke, Kaklamanou, Scholz, Hornung & Armitage, 2014).

De acuerdo a Chesney (2008), en su publicación, expone sobre las ideas de concientización y sobre estos procesos, enfocándose en grupos vulnerados en Latinoamérica. Los usuarios que se exponen al proceso de vivir con una enfermedad, experimentan alteración de todos los componentes ligados al proceso de concientización.

Chesney, organiza la concientización, en las siguientes fases:

a) Fase mágica: el oprimido, entiéndase como el sujeto que vive un proceso complejo, que puede tener un origen en una enfermedad, se encuentra en una situación de impotencia ante fuerzas abrumadoras externas que lo agobian y que no conoce ni puede controlar. No hace nada para resolver las dificultades y se resigna a lo que viene.

b) Fase ingenua: la persona oprimida ya puede reconocer los problemas, pero sólo en términos individuales. Al reflexionar sólo, logra entender a medias las causas. No entiende las acciones del opresor y del sistema opresivo. El sistema opresor en una persona que comienza a vivir con una patología, un proceso de enfermedad o pérdida de funcionalidad, corresponde al sistema que debe enfrentar todos los costos que la enfermedad trae.

c) Fase crítica: se alcanza el entendimiento más completo de toda la estructura opresiva (por ejemplo: el sistema de salud, las etapas asociadas al asumir el proceso de enfermedad) y logra ver con claridad los problemas en función de su comunidad. Entiende cómo se produce la colaboración entre opresor (sistema social) y oprimido (persona en

situación de enfermedad). Reconoce sus propias debilidades, pero en lugar de auto-compadecerse, su reflexión lo lleva a aumentar su autoestima, confianza en sí mismo y se enfoca en la acción.

2.5 Adherencia al tratamiento de Rehabilitación Base Comunitaria (RBC).

En los adultos mayores (AM) existen diferentes factores que pueden influir de manera directa o indirecta sobre la calidad de vida de las personas que viven con alguna patología o síndrome y que a su vez genere discapacidad.

Más de 1.000 millones de personas en el mundo están en situación de discapacidad (15% de la población mundial), con aproximadamente 200 millones de individuos que presentan situaciones severas de funcionamiento (OMS, 2011).

En Chile, según el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS, 2015), cerca de 2 millones de personas, correspondientes a un 12,9% de la población total, presenta algún grado de discapacidad, de las cuales 5,7% son discapacidades moderadas o severas, lo que afecta más a las mujeres y a las personas en condición de pobreza.

A partir de este contexto, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y OMS (2004), definen la RBC, como una estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la superación de la pobreza y la integración de las personas en situación de discapacidad.

En Chile la RBC se sustenta desde la Ley 20.422 “Ley para la plena inclusión de personas en situación de Discapacidad”. La Ley en su Artículo 1, da a conocer que tiene como objetivo el asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad.

La RBC, busca que las personas con discapacidad de tipo transitorio o permanente puedan desempeñarse de manera efectiva en la comunidad. Se busca que el abordaje para la situación de discapacidad que cada una de estas personas enfrenta, esté sustentado desde la cobertura de cada una de sus necesidades, como por ejemplo el tratamiento médico, farmacológico y de rehabilitación, así como también el amparo legal que garantiza que cada uno de los sujetos pueda desempeñarse en la sociedad sin mayores dificultades.

En la actualidad en Chile, el tratamiento de RBC se garantiza en el Artículo 22, de la Ley 20.422. En él se menciona, que las personas con discapacidad tienen derecho a que el proceso de rehabilitación integre y considere la participación de su familia o de quienes las tengan a su cuidado. El proceso de rehabilitación se considerará dentro del desarrollo general de la comunidad. Se menciona que: “el Estado fomentará preferentemente la rehabilitación con base comunitaria, así como la creación de centros públicos o privados de prevención y rehabilitación integral, como estrategia para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”.

2.6 Escolaridad.

De acuerdo a la Real Academia Española (RAE, 2017), la escolaridad se define como el “conjunto de niveles que un estudiante sigue en un establecimiento docente” y como “el tiempo que dura la escolaridad”. Dentro de las fortalezas del proceso de escolaridad, está el desarrollo y potenciación de las habilidades cognitivas, de praxis, de comunicación e interacción social, así como también motoras, cada uno de ellas de acuerdo al ciclo del desarrollo de individuo.

En Chile el proceso de escolaridad está regido por la ley general de educación del Ministerio de Educación, esta establece que la cantidad de años obligatorios son 12, organizados en la educación básica y media, debiendo el Estado financiar un sistema gratuito destinado a asegurar el acceso de toda la población (MINEDUC, 2009).

La relación entre desigualdad social y acceso a un proceso educativo se analiza desde varios puntos de vista. En la perspectiva funcionalista dominante a mediados del siglo pasado, con diversos elementos críticos. Trabajos sobre movilidad social, tendían a ver el proceso de escolaridad en un contexto educativo, como una variable con importante influencia en dirección de una creciente igualdad social. Ejemplo de este tipo de estudios fueron, en Estados Unidos, los de Blau & Duncan (1967) y los de la escuela de Wisconsin, con Sewell, Hauser & Featherman (1976). En el Reino Unido sobresalieron los de Halsey (1980) y en Francia los de Boudon (1973).

La escolaridad se cumple en un contexto educativo. De acuerdo a Martínez (2002), el acceso a la educación corresponde a un derecho que permite entrar a una persona a un sistema de oferta suficiente para atender la demanda, como el tener escuelas y maestros necesarios para atender a toda la población en edad de cursar determinados grados escolares. En este caso, el bien a distribuir se define como, las oportunidades de acceso a la educación. La posibilidad de que un niño asista realmente a la escuela depende de factores de su entorno familiar y social, por lo que aún si existen lugares para que todos los potenciales estudiantes tengan cabida en un sistema educativo, en la práctica es frecuente que cierto número no los aproveche. Por ello, el bien a distribuir en el caso de la igualdad educativa, puede definirse mejor como: el acceso real a la escuela; como la cantidad y calidad de insumos escolares; como la permanencia de los niños en el colegio; e incluso como los resultados o, al menos, como el número de personas que termina cierto grado escolar (Martínez, 2002).

Como explican Jiménez, Luengo & Taberner (2009), la exclusión de un contexto escolar y por ende la limitación del acceso a vivir un proceso de escolaridad, no sólo remite a una posible falta de relación con la sociedad, sino que incluye también diferentes grados de participación en un orden social, que van configurando una ciudadanía diferencial. En el campo educativo, la exclusión es un proceso que se va generando a lo largo del itinerario educativo del alumnado y que materializa el ejercicio desigual del derecho a la educación en la no graduación en la etapa obligatoria.

La universalización de la educación traduce a nivel normativo el derecho esencial a la educación al garantizar el acceso al sistema educativo de los 6 a los 18 años. Sin embargo, cabe replantearse si esta garantía es suficiente cuando lo que se universaliza es el acceso, pero no los resultados en términos de participación ciudadana (Abiétar, López & Navas 2017).

La igualdad educativa puede referirse entonces, a las oportunidades de acceso o permanencia, al egreso o incluso al nivel de aprendizaje. Esto último es lo más interesante, pero, por las dificultades prácticas que encierra la medición de resultados de aprendizaje en forma confiable, la desigualdad educativa suele referirse al sentido limitado de las personas que terminan cierto grado escolar, independientemente del nivel de aprendizaje que hayan alcanzado (Martínez, 2002).

De acuerdo a Dewey (1977), la educación es la tarea esencial del ser humano. El proceso de escolaridad es la esencia del encuentro educativo y la innovación en el proceso de escolaridad, siempre deseable (Meirieu, 1998) y (Van Manen, 1998).

Según Charlot (2000, 2005), dar un significado a la escuela implica dos procesos: por una parte, que ella misma y los saberes escolares sean plausibles de ser aprendidos en relación a experiencias o conocimientos pasados. Por otra, que sean identificados como importantes para el proyecto de futuro. De esta forma, más que el cumplimiento de un estándar de calidad, se trata de que quienes frecuenten la escuela. Que esta tenga algo que aportar, que enseñe, que transmita conocimientos y prepare para el futuro. Desde esta perspectiva, más que medir la competitividad de la escuela, se espera tratar de entender qué procesos hacen que el estudiante adhiera al proceso de escolarización.

Diversas investigaciones epidemiológicas muestran que un bajo nivel educativo se relaciona con un mayor riesgo de presentar déficits cognitivo (Bayarre, Pérez, Menéndez, 2006). De acuerdo a Paredes (2015), el componente cognitivo se puede abordar desde dos directrices: como factor protector en el envejecimiento y como desencadenante de posibles

patologías futuras. Los factores moduladores que más atención han recibido en los estudios del envejecimiento de la población humana son las habilidades cognitivas, el estado de salud general y algunas variables sociodemográficas, entre las que destaca la escolaridad (Paredes, 2015).

Por otro lado, desde la mirada de escolaridad y sus efectos en salud, los indicadores poblacionales mundiales muestran un incremento de enfermedades neurodegenerativas en aquellas poblaciones en donde los niveles educativos son muy bajos o existe un alto índice de analfabetismo (Proust-Lima, Amieva, Letenneur & Orgogozo, 2008).

2.7 Redes de apoyo.

De acuerdo a Martínez (2006), una red se entiende como un correlato psicosocial de la vida moderna. La vida moderna exige movilidad, flexibilidad, plasticidad, desplazamiento (tanto físico como social), flujo permanente y relaciones eficaces y eficientes y construir relaciones sobre bases firmes. Las redes de apoyo se definen como un “sistema de vínculos entre nodos, orientados hacia el intercambio de apoyo social”.

Martínez (2006), menciona también que, existen cinco componentes básicos en esta definición: Nodos, vínculo, sistema de vínculos, intercambio social y apoyo social:

a) *Nodos:* Son los componentes entre los cuales se establecen los vínculos. Los nodos pueden ser personas, actores sociales, grupos u organizaciones (institucionales y comunitarias).

b) *Vínculo:* Es la relación o lazo que se establece entre los nodos. Un vínculo es un episodio de una relación social.

c) *Sistema de vínculos:* Lo central en la red es, el conjunto de vínculos entre los nodos. La red, entonces, no es un conjunto de nodos, sino más bien un sistema de vínculos. Por ejemplo, si se quiere describir una red social personal, no se debe centrar en las características específicas de cada uno de los individuos que la componen (nodos), sino que en las características de las relaciones que se establecen entre ellos (vínculos).

El análisis de redes se centra en la relación de quienes establecen los vínculos y no en los actores individuales y sus atributos.

d) *Intercambio:* En la relación entre nodos, se produce un intercambio de recursos. Este intercambio recíproco puede darse en el plano afectivo/emocional, material, financiero, social, simbólico, etc. Las redes son estructuras a través de las cuales fluyen los recursos (Hanneman, 2000); dicho de otro modo, es la forma que en lo social adoptan los intercambios entre las personas, grupos y organizaciones.

e) *Apoyo social:* como resultado de este proceso de intercambio se produce apoyo social para los nodos. La red social proporciona así el marco indispensable para que el apoyo social sea accesible a los nodos.

Las dimensiones del apoyo social incluyen apoyo emocional o afectivo; ayuda material y financiera; asistencia física; información y contactos sociales positivos.

Por otro lado, Montero (2006), menciona que las ciencias sociales coinciden en que las redes responden a conexiones o articulaciones entre grupos y personas con un objetivo común, el cual sirve de hilo conductor de tales relaciones. Las redes pueden ir desde relaciones familiares o de compadrazgo, hasta movimientos sociales (Riechmann y Fernández, 1994).

El aspecto que distingue una red, es la relación social (parentesco, información, intercambio de bienes y servicios), que permite la formación de una relación. El espectro así cubierto, es muy amplio y a simple vista los extremos de las redes ya se ven borrosos. Quizá sea esa, una de las primeras características de la red: su borrosidad, su poca claridad. Este rasgo lo comparte con muchos otros grupos sociales, entre ellos la propia comunidad. (Montero, 2006).

Según Montero (2006), es común encontrar relatos de experiencias en el campo de la educación y la salud, referentes a redes de apoyo y solidaridad que complementan la labor realizada desde las instituciones de esas áreas; hay también referencias de otras redes

generadas por instituciones, las cuales tienen otros fines y, además, redes ligadas a movimientos sociales. Dentro de ese amplio espectro de campos, áreas y contextos en los que se encuentran las redes sociales, se puede encontrar el campo comunitario, desde la perspectiva de la psicología social comunitaria. Si bien en las comunidades se pueden encontrar redes familiares y de compadrazgo, cuando nos referimos a redes comunitarias se trata de aquellas presentes en los procesos de organización comunal.

Saidon (1995), señala que el concepto de “red” es particularmente complejo y multifocal, ya que a veces el concepto se asocia solo a "propuestas de acción", en tanto que en otras oportunidades se refiere a "modos de funcionamiento de lo social", lo que se debe probablemente al modo de cómo son analizadas, lo que podría estar privilegiando un aspecto sobre otros, descuidando la visión de la integralidad.

En la sociedad actual en la cual estamos viviendo, Lipovetsky (1986) menciona que nos está conduciendo la segunda revolución individualista, caracterizada por la realización de las actividades de manera aislada. Desde este punto de vista, autores como Sluzki (1996) y Itriago & Itriago (2000), mencionan que una sociedad debe estar construida en interacciones con quienes nos relacionamos frecuente y regularmente. Pero esta característica no diferenciaría a la red de otros grupos sociales, tales como la familia o grupos de pares, si no se complementa necesariamente.

Las redes conforman un sistema abierto (Dabas, 1993), son "heterárquicas", no responden a una autoridad superior. Cualquiera de sus miembros puede ejercer un liderazgo en su área de competencia (Morillo, 2000).

Desde la perspectiva institucional o de movimientos organizados, las redes, pueden ser consideradas como una estrategia de acción social. Asimismo, puede ser vista como "una metodología", para la acción que permita mantener, ampliar o crear alternativas deseables para los miembros de una organización social" (Packman, 1995). Suponen una cierta comunidad de creencias o de valores, que constituyen su elemento aglutinador (Riechmann & Fernández, 1994). Pueden ser muy flexibles en su comportamiento social.

Son dinámicas, cambian constantemente (Dabas, 1993), carecen de estructuras rígidas (Morillo, 2000). Una comunidad también está constituida por redes sociales, la cuales se sustentan, en las relaciones entre las personas. La comunidad también tiene símbolos, tiene una historia, una identidad más estructurada, un territorio propio, coherencia, estabilidad y permanencia, y dispositivos de socialización y control social más desarrollados. Las redes sociales que configuran las personas en las comunidades tradicionales son en base a lazos fuertes establecidos básicamente con los miembros de la misma comunidad y poseen muy pocas ramificaciones hacia otros espacios sociales. (Martínez, 2006).

De acuerdo a Sabariego (2015), la participación social a través del trabajo en red está asociada a la condición de salud de las personas.

2.8 Riesgo de Caídas y Eventos de caídas.

Riesgo de caídas se define como: “aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden llegar a causar un daño físico” (MINSAL, 2010). Cuando esto ocurre hablamos de un evento de caída, que corresponde a la resultante de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad, en consecuencia, a una pérdida de equilibrio.

Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son.

El evento de caída tiene como consecuencia un gran problema geriátrico que puede conllevar a peligrosos resultados en quienes lo sufren. Un tercio de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad urbana se caen al menos una vez al año y cerca de la mitad de ellos vuelve a sufrir una nueva caída (Guzmán, 2011).

En la medida que las personas envejecen van perdiendo las capacidades necesarias para realizar las AVD y se aproximan a experimentar situaciones que atentan contra su

salud. Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales. Cada año se producen 37,3 millones de caídas, cuya gravedad requiere atención médica y comprenden la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales (MINSAL, 2010).

La caída es el traslado no intencional del cuerpo para un nivel inferior a la posición inicial, con la incapacidad de corrección en tiempo momentáneo, determinado por circunstancias multifactoriales que comprometen la estabilidad (Pereira, Buksman, Perracini, Barreto & Leite, 2001).

Las caídas de los ancianos en la actualidad constituyen un problema de salud pública, las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas públicas y/o privadas, eficaces para reducir los riesgos (MINSAL, 2010).

La mayoría de las caídas resulta con un daño leve como contusiones, sin embargo entre 20% a 30% de los casos ocurren lesiones moderadas o graves, como fracturas de fémur y cadera y traumas del cráneo, que causan limitaciones e incapacidades físicas, así como aumentan el riesgo de los daños físicos, las caídas también pueden tener repercusiones psicológicas que se expresan por el miedo de caer nuevamente y por la pérdida de confianza en la capacidad de deambular con seguridad, principalmente en los ancianos, lo que puede llevar a una disminución de las AVD, al empeoramiento de la disminución funcional, a la depresión y al aislamiento social, (Pereira, Buksman, Perracini, Barreto & Leite, 2001)

Por otro lado, personas que se caen y que llegan posteriormente a un centro asistencial, poseen un riesgo aumentado de sufrir nuevas caídas, debido al ambiente desconocido y a la situación clínica desfavorable en que se encuentran, por ejemplo, la presencia de factores de predicción del evento debido a enfermedades neurológicas, a enfermedades cardiovasculares, a la incontinencia urinaria y/o intestinal, a problemas de

equilibrio, fuerza y visión, a la alteración de la marcha y a reacciones adversas a los medicamentos (Healey et al., 2012) y (Deandrea et al., 2010).

De acuerdo a la escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2018), el proceso de envejecimiento se asocia con varios cambios que predisponen a las caídas. Estos se pueden clasificar en dos categorías: los responsables de la estabilidad postural y los que afectan la homeostasis de la presión arterial, o que pueden producir mareos o síncope.

Dentro de los cambios que predisponen a las caídas, se pueden encontrar:

- a) Reducción del control muscular y aparición de rigidez músculoesquelética (pérdida de neuronas dopaminérgicas de ganglios basales, pérdida de dendritas en células de BETZ de la corteza motora encargadas de inervación de músculos proximales antigravitarios del brazo, tronco, espalda y miembros inferiores).
- b) Aumento de inestabilidad y balanceo al andar.
- c) Alteración de reflejos posturales (laberínticos, tónicos del cuello, visuales de la retina, pérdida de la información propioceptiva desde articulaciones por degeneración progresiva de sus mecanorreceptores).
- d) Alteraciones auditivas.
- e) Alteraciones visuales con disminución de la agudeza visual, sobre todo nocturnas.
- f) Alteraciones neuroendocrinas, como disminución de renina y aldosterona, que alteran el manejo del sodio y del volumen intravascular (fragilidad ante la deshidratación).

Los eventos de caídas en los adultos mayores deberían ir en aumento a medida que pasa el paso del tiempo (Almeida, Valenca, Negreiros, Pinto & Oliveira-Filho, 2017).

Junto con la pérdida de funcionalidad de los adultos mayores, la polifarmacia se ha posicionado como un tema importante en la salud del usuario AM, que la geriatría como subespecialidad médica, la define junto a la iatrogenia a fármacos, como uno de los grandes síndromes geriátricos, probablemente porque la polifarmacia como entidad clínica, se

comporta como un simulador de enfermedad, generando síntomas sugerentes de cualquier estado patológico. Los AM se han transformado en los grandes consumidores de medicamentos, ya sea porque los necesitan por las pluripatologías que padecen o bien por automedicación, pero en cualquiera de los casos se exponen a un riesgo aumentado de hospitalizaciones, pérdida de funcionalidad y mayor frecuencia de caídas (Arriagada, Jirón & Ruiz, 2008).

La importancia de mantener un nivel de funcionalidad alto, radica en el nivel de calidad de vida que el usuario va a tener a futuro. Un proceso de envejecimiento saludable (Putcha, 2016), sumado a un nivel cognitivo alto, fortalecerá el proceso de mantener las destrezas del usuario desde la evolución del cuadro diagnóstico (Mínguez, 2013), por el contrario un nivel bajo en actividades, con una acentuación en una rutina fija, establecida y con muy poca variabilidad, hará que aumente el riesgo de caída y la disfuncionalidad será mayor. Esta situación traerá consigo a su vez, la posibilidad de que los sujetos se precipiten al suelo.

Dentro de los factores que pueden estar asociados con las caídas y el riesgo de lesiones posteriores a estas, se encuentran los factores socioeconómicos, factores contextuales (condiciones y estilos de vida). Estos factores pueden producir variaciones en la tasa y las consecuencias de las caídas en diferentes regiones del mundo (Bekibele & Gureje 2010).

La asociación entre enfermedad y funcionalidad es tan estrecha en los AM que, si la pérdida de función se mantiene en el tiempo, se pierde la autonomía apareciendo la dependencia, con el consiguiente compromiso de la calidad de vida del AM. Los modelos de asistencia actual, orientados en los AM, tienden a preservar o recuperar la funcionalidad.

CAPÍTULO 3: MATERIALES Y MÉTODOS.

3.1 Universo y muestra.

La población accesible correspondió a 25 integrantes de la Agrupación de Parkinson de la comuna de Tomé. En su totalidad, fueron todos autónomos al momento de declarar su participación en el estudio. En base al cumplimiento de los Criterios de Inclusión y Exclusión, fueron seleccionados 20 sujetos, de los cuales 11 corresponden a sexo masculino y 9 a sexo femenino (Figura 3.1.) Todos ellos son adultos mayores (AM) con Enfermedad de Parkinson (EP), entre 60 y 83 años de edad.

La selección de la muestra fue de tipo no probabilística (por conveniencia), en base a las características definidas mediante el cumplimiento de los criterios de participación (Baptista, Fernández & Hernández, 2010). Esto se justifica bajo la necesidad de concluir sobre la muestra analizada, y no sobre una población distinta a los usuarios de la Agrupación.

Para llevar a cabo la investigación y determinar la muestra, los investigadores solicitaron información al presidente de la Agrupación de Parkinson de la comuna de Tomé, referente a la cantidad de sujetos que participan de forma activa en dicha entidad.

Criterios de Inclusión:

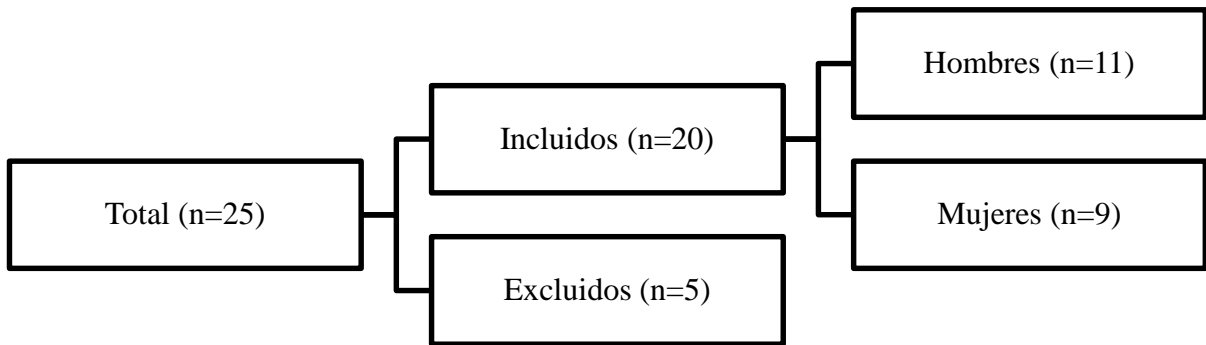
- Usuarios AM (≥ 60 años).
- Usuarios diagnosticados con EP, entre los Estadios 1 y 3.
- Usuarios pertenecientes a la Agrupación de Parkinson de la comuna de Tomé.
- Usuarios autovalentes, con independencia (100 puntos) y/o con dependencia leve (≥ 60 puntos), evaluados con Índice de Barthel.
- Usuarios sin deterioro cognitivo (≥ 14 puntos), evaluados con la prueba de Mini Mental State (MMSE) Abreviado.
- Usuarios que firmen su Consentimiento Informado.

Criterios de Exclusión:

- Se excluyen los sujetos a los que por alguna razón no se logre evaluar todos los aspectos anteriormente planteados.

Tomando en consideración estos aspectos, la muestra total la investigación fue de 20 sujetos (11 hombres y 9 mujeres).

Figura 3.1. Resumen de reclutamiento de la muestra de estudio.



3.2 Tipo y diseño de investigación.

El enfoque de la investigación fue cuantitativo, debido a que se realizó una recolección de datos con base numérica, que se analizó estadísticamente (Baptista, Fernández & Hernández, 2010).

El alcance de la investigación fue de tipo descriptivo-correlacional, debido a que se buscó especificar propiedades, características y rasgos importantes de la población en estudio, junto con la relación o grado de vinculación que existe entre la población y las variables planteadas (Baptista, et al., 2010).

El diseño de investigación fue no experimental ya que se observaron los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Se realizó sin manipular deliberadamente variables (Baptista, et al., 2010).

El tipo de investigación fue transversal debido a que se recolectaron los datos en un tiempo único ya que el propósito era describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Baptista, et al., 2010).

3.3 Métodos e instrumentos de recolección de datos.

Para realizar la recolección de los datos, se realizaron los siguientes pasos:

a) Se emitió una carta al Presidente de la Agrupación de Parkinson, en la cual se expresa formalmente la intención de realizar el estudio con los integrantes de la Agrupación que estuvieran interesados. La carta esa firmada por él (ANEXO 1).

b) Se gestionó una fecha en común entre los integrantes de la Agrupación y los autores del estudio y se realizó una presentación en Power Point, con el objetivo de

informar concretamente el propósito del estudio, el lugar de realización, cómo se realizaría, los costos/beneficios y riesgos de la participación de los usuarios.

c) Se gestionó en común con la Agrupación la fecha de disponibilidad de los usuarios para la recolección de los datos, con quienes finalmente se acuerda realizar las evaluaciones en la sede comunal “Milade Asfura” donde se reúnen, en un solo día, en dos grupos en horarios consecutivos.

d) Se dio lectura y entrega del Consentimiento Informado, que permitió a cada usuario participar de forma voluntaria en el proceso de recolección de los datos. Al aceptar la participación en la investigación con la firma del Consentimiento Informado, se continuó con la siguiente etapa (ANEXO 2).

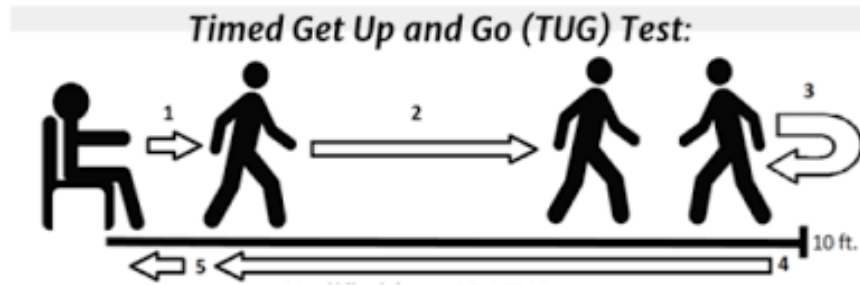
e) Para cumplir con los criterios de inclusión se aplicó el Índice de Barthel para conocer el grado de independencia y el test Mini Mental State (MMSE) abreviado para determinar el estado cognitivo de los sujetos (ANEXOS 3 Y 4).

f) Se solicitó el registro de asistencia de las últimas 12 sesiones de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) de los participantes del estudio (ANEXO 5).

g) A continuación se aplicó una Encuesta Personal. Esta contuvo un primer ítem en forma de anamnesis, con la finalidad de obtener datos referentes a antecedentes personales como: nombre y apellido, edad, Estadio de la EP en la que se encuentra actualmente cada usuario, número de fármacos que utiliza y número de otras patologías que posea. Un segundo ítem que permitió conocer los datos del nivel de Escolaridad, en donde cada usuario pudo identificar los años de escolaridad que haya completado. Un tercer ítem que muestra un Mapa de Red, en el cual cada usuario indicó la cantidad de Redes de Apoyo que identifica en la actualidad. Un cuarto ítem en relación a Eventos de Caída, donde cada usuario anotará la cantidad de veces que se haya caído durante los últimos tres meses (ANEXO N°6).

h) Por último se realizó la evaluación de Riesgo de Caída, medida con el test Time up and Go (ANEXO N°7). (Figura 3.2.)

Figura 3.2. Time Up and Go. Recuperada de Anatomy & Physiotherapy, 2018).



3.4 Variables.

Variable Dependiente:

3.4.1 Adherencia:

Definición Conceptual: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) se define como el grado en que el comportamiento de una persona al tomar un medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Definición Operacional: Se determinó la Adherencia al tratamiento de RBC, mediante la recopilación de la asistencia de los usuarios en las últimas 12 sesiones. Esta variable se categorizó en: baja, media y alta Adherencia, en relación a un total de 12 sesiones. Se consideró baja adherencia a una asistencia: <7 sesiones, media adherencia: 7 a 9 sesiones y alta adherencia: 10 a 12 sesiones. Esta categoría se estableció en base a opiniones de expertos; Terapeutas Ocupacionales y Kinesiólogos, que se desempeñan con un mínimo de 3 años, en el área de la RBC.

Tipo de variable: cualitativa, ordinal.

Variables Independientes:

3.4.2 Escolaridad:

Definición Conceptual: Según la Real Academia Española (RAE, 2017), se define como el conjunto de niveles que un estudiante sigue en un establecimiento docente y como, el tiempo que dura la escolaridad.

Definición Operacional: Se determinó la Escolaridad mediante una Encuesta Personal, que se leyó a todos los participantes y se contestó de forma individual. Cada usuario pudo identificar los años de escolaridad que haya completado. Esta variable se categorizó según el Ministerios de Educación (MINEDUC, 2009) en: escolaridad básica incompleta: 1 a 7 años, escolaridad básica completa: 8 años, escolaridad media incompleta: 9 a 11 años, escolaridad media completa: 12 años, educación superior incompleta: 13 a 16 años, educación superior completa: 17 años y sin escolaridad: 0 años.

Tipo de variable: cualitativa, ordinal.

3.4.3 Redes de apoyo:

Definición Conceptual: Se definen como: “sistema de vínculos entre nodos orientados hacia el intercambio de apoyo social”. Nodos se refiere a los componentes entre los cuales se establecen los vínculos. Los nodos pueden ser personas, actores sociales, grupos u organizaciones (institucionales y comunitarias) y vínculo corresponde a la relación o lazo que se establece entre los nodos. Un vínculo es un episodio de una relación social (Martínez, 2006).

Definición Operacional: Se determinaron las Redes de Apoyo mediante una Encuesta Personal, que se leyó a todos los participantes y se contestó de forma individual. Cada usuario pudo indicar la cantidad de redes de apoyo que identifica cercanas a él en la actualidad a través de un Mapa de red. Esta variable se categorizó en: baja, media y alta cantidad de redes de apoyo. Se consideró baja: 1 a 3 redes de apoyo, media: 4 a 6 redes de

apoyo y alta: ≥ 7 redes de apoyo Esta categoría se estableció en base a opiniones de expertos; Terapeutas Ocupacionales y Kinesiólogos, que se desempeñan con un mínimo de 3 años, en el área de la RBC.

Tipo de Variable: cualitativa, ordinal.

3.4.5 Riesgo de caída:

Definición Conceptual: Se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden llegar a causar un daño físico (MINSAL, 2010).

Definición Operacional: Se determinó el Riesgo de Caída mediante la aplicación del test Timed up and Go. Esta variables se categorizó en: normal, riesgo leve y alto riesgo de caída. Se consideró normal: 10 segundos, riesgo leve: 11 a 20 segundos y alto riesgo >20 segundos (MINSAL, 2010).

Tipo de variable: cualitativa, ordinal.

3.4.6 Evento de caída:

Definición Conceptual: Se define como la resultante de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad, en consecuencia, a una pérdida de equilibrio (MINSAL, 2010).

Definición Operacional: Se determinó el evento de caída mediante una Encuesta Personal, que se leyó a todos los participantes y se contestó de forma individual. Cada usuario pudo indicar el número de caídas experimentadas durante los últimos tres meses. Esta categoría se estableció en base a opiniones de expertos; Terapeutas Ocupacionales y Kinesiólogos, que se desempeñan con un mínimo de 3 años, en el área de la RBC.

Tipo de variable: cuantitativa, discreta.

3.5 Análisis Estadístico.

Para la descripción de los resultados, las variables fueron presentadas en frecuencias (números) y porcentajes (%). Los datos fueron codificados, introducidos y analizados en el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versión 23 Chicago, IL, EE.UU.).

Para poner a prueba las hipótesis, se desarrolló un análisis estadístico empleándose la prueba no paramétrica rho de Spearman, debido a al origen de las variables. Se realizaron cuatro correlaciones: Escolaridad con Adherencia, Redes de Apoyo con Adherencia, Riesgo de Caída con Adherencia y por último Eventos de Caída y Adherencia. Los resultados de correlación se interpretaron de acuerdo a los criterios de Munro de la siguiente manera: 0,00-0,25 muy baja; 0,26-0,49 baja; 0,50-0,69 moderada; 0,70-0,89 alta y 0,90-1,0 muy alta (Munro, 2001).

Se utilizó un nivel de significación de 95% ($p < 0,05$).

CAPÍTULO 4: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

El estudio estuvo conformado por 20 adultos mayores (AM) diagnosticados con Enfermedad de Parkinson (EP), con edades comprendidas entre los 60 y 83 años, con un promedio de edad de 71 años, de los cuales 11 eran hombres (55%) y 9 mujeres (45%),

Tomando en cuenta el total de la muestra, un 30% de los participantes se encuentran en el Estadio 1, un 5% en el Estadio 2 y un 65% en el Estadio 3 de la EP, según Hoehn y Yahr. Respecto al número de fármacos que utilizan, un 50% consume 5 o más medicamentos y finalmente en cuanto al número de otras patologías, un 55% posee 2 o más, además de la EP. (Tabla 4.1.).

Tabla 4.1. Características socio-demográficas presentadas en frecuencias y porcentajes, de la muestra de estudio (n=20).

		Frecuencia (número)	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	11	55
	Femenino	9	45
Edad	≥ 71	10	50
	< 71	10	50
Estadio de EP	1	6	30
	2	1	5
	3	13	65
N° de Fármacos	≥ 5	10	50
	< 5	10	50
N° otras patologías	≥ 2	11	55
	< 2	9	45

En relación a la Adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria, obtenido a través de la asistencia a las últimas 12 sesiones de terapia, se evidenció que del total de la muestra, el 15% tiene una baja adherencia, el 70% tiene media adherencia y un 15% tiene alta adherencia (Tabla 4.2.).

Respecto a la Escolaridad, obtenida mediante una Encuesta personal, se evidenció que del total de la muestra, un 5% no asistió a ningún establecimiento docente, un 20% tuvo Escolaridad Básica Incompleta, un 10% una Escolaridad Básica completa, un 20% una Escolaridad Media Incompleta, un 15% una Escolaridad Media Completa, un 25% una Escolaridad Superior Incompleta y un 5% una Escolaridad Superior Completa. (Tabla 4.2.).

En el caso de las Redes de Apoyo, obtenida mediante una Encuesta personal, a través de un Mapa de Red, se evidenció que del total de la muestra, un 50% de los participantes identifican baja y el otro 50%, identifica media cantidad de Redes de Apoyo. (Tabla 4.2.).

Respecto al Riesgo de Caída, evaluado mediante el test Time Up and Go, se obtuvo que del total de la muestra, un 40% tiene Riesgo leve y el 40% restante no presenta Riesgo a caerse. (Tabla 4.2.).

Por último, se evidencia que de lo referente a Eventos de Caída, del total de la muestra, un 45% se ha caído 1 o más veces y el 55% restante no se ha caído, hasta la actualidad. (Tabla 4.2.).

Tabla 4.2. Descripción de las variables de Adherencia, Escolaridad, Redes de Apoyo, Riesgo y Eventos de Caída, presentadas en frecuencias y porcentajes, del total de la muestra de estudio (n=20).

		Frecuencia (Número)	Porcentaje (%)
Adherencia	Baja	3	15
	Media	14	70
	Alta	3	15
Escolaridad	No asiste	1	5
	Básica-Incompleta	4	20
	Básica-Completa	2	10
	Media-Incompleta	4	20
	Media-Completa	3	15
	Superior-Incompleta	5	25
	Superior-Completa	1	5
Redes de Apoyo	Baja	10	50
	Media	10	50
	Alta	0	0
Riesgo de Caída	Normal	12	60
	Leve	8	40
	Alto	0	0
Eventos de Caída	≥ 1	9	45
	0	11	55

Finalmente considerando la totalidad de la muestra de estudio, se encontró significación estadística ($p < 0,05$), en 2 de las 4 correlaciones analizadas. Estas corresponden a las correlaciones inversas entre Riesgo de Caída con Adherencia ($\rho = -0,632$) y entre Eventos de Caída con Adherencia ($\rho = -0,489$). Estas correlaciones corresponden a “moderada” y baja, respectivamente. Por otro lado, no se encontró significación estadística ($p < 0,05$) entre el la Escolaridad con Adherencia ($\rho = -0,133$) y Redes de Apoyo con Adherencia ($\rho = -0,102$). (Tabla 4.3.)

Tabla 4.3. Coeficientes de correlación (ρ de Spearman) entre las variables de Escolaridad, Redes de Apoyo, Riesgo de Caída y Evento de Caída, en relación a la Adherencia, en la muestra total de estudios ($n=20$).

	Escolaridad	Redes de Apoyo	Riesgo de Caída	Evento de Caída
Adherencia	-0,133	-0,102	-0,632**	-0,498*

*Correlación bilateral significativa ($p < 0,05$).

** Correlación bilateral significativa ($p < 0,01$).

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.

El objetivo general de esta investigación fue determinar, cuál es la relación entre el nivel de escolaridad, redes de apoyo, riesgo y evento de caída, y la adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) en usuarios con Enfermedad de Parkinson (EP), pertenecientes a la comuna de Tomé.

El interés de investigar si existe o no relación entre las variables descritas con la adherencia al tratamiento de RBC, radica en que las variables de escolaridad y redes de apoyo, son características sociodemográficas identificadas en la población de estudio. Por otro lado, las variables de riesgo y eventos de caídas, se consideraron para el estudio como indicadores que tienen directa relación con la evolución de la EP.

En relación a las variables sociodemográficas mencionadas, se puede evidenciar que la comuna de Tomé se desarrolla a orillas del mar y está asentada sobre múltiples cerros. Su principal fuente de ingresos corresponde a la pesca y al área de los servicios públicos. Importante también es el número de adultos mayores (AM) de la comuna, el cual es un indicador que se relaciona de manera directa, con el crecimiento de los AM a nivel nacional. Esta población se caracteriza por estar jubilada, vivir en relación de matrimonio o solos. Muchos de ellos comenzaron a trabajar desde niños, no completando el proceso de escolaridad obligatorio para la época. El desempeño laboral se realizaba en los sectores rurales más aledaños y en las diferentes empresas de la comuna, como: Fabrica de paños “Oveja bellavista Tomé” o “FIAP”, entre otras referencias. El trabajo que se realizaba era de bastante carga, razón por la cual hoy existe una gran cantidad de patologías asociadas como la artrosis, artritis, dorsalgias, lumbagos crónicos, entre otros.

Por otro lado, respecto a los indicadores propios de la evolución de la EP, se puede mencionar que su importancia radica en que, esta patología a medida que evoluciona de acuerdo a los Estadios correspondientes (Hoehn & Yahr, 2001), presenta deterioro físico

y/o cognitivo que podría generar un aumento de la predisposición a caerse y por ende el evento de caída podrían generarse.

Tras la evaluación de 20 AM diagnosticados con EP, donde 11 eran hombres y 9 eran mujeres, todos pertenecientes a la Agrupación de Parkinson de la comuna de Tomé, se obtuvo en relación a la variable Adherencia que del total de la muestra, un 15 % tiene adherencia baja, un 70 % tiene adherencia media y un 15% tiene adherencia alta; de acuerdo a la variable de Riesgo de Caída, existe un 40 % de la muestra de estudio que presenta riesgo leve y un 60 % no presenta riesgo. Por otro lado, en el caso de Eventos de Caída, un 45% de la muestra de estudio ha experimentado uno o más eventos de caídas y un 55% no ha presentado.

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante el análisis de correlación, se encontró significación estadística en 2 de las 4 correlaciones analizadas. Estas corresponden a las correlaciones inversas entre Riesgo de Caída con Adherencia ($\rho = -0,632$) y entre Eventos de Caída con Adherencia ($\rho = -0,489$).

En base a lo anterior, Villadoniga et al. (2016), sugieren en su estudio que existe una relación entre el riesgo de caídas y el estado avanzado de los usuarios diagnosticados con EP, desde donde se obtuvo como resultado una alteración en las puntuaciones obtenidas en las escalas clínicas (Tinetti y Time Up and Go), que mostraban un aumento del factor de riesgo de caídas y la dependencia leve. Por otro lado, el riesgo de caída aumenta con la edad (Machado, Bazán & Izaguirre, 2014). De acuerdo a Mora, Osses & Rivas (2017), la presencia de numerosos factores de riesgo en los AM podría comprometer en un mediano o corto plazo los niveles de funcionalidad: tales el caso del sedentarismo, el deterioro sensorial (visual) y el riesgo de caída.

En la población mayor, la adherencia a los tratamientos es esencial para el bienestar, siendo un componente sumamente importante al cual se debe tomar atención. Se ha detectado que la no adherencia a las recomendaciones y a un tratamiento médico, aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico, causando complicaciones innecesarias, lo que

conduce a un mayor gasto en atención sanitaria, así como a discapacidad y muerte prematura (Quiroz, 2012).

Otros factores influyentes sobre el riesgo de caídas son los factores intrínsecos: barreras de acceso universal, iluminación insuficiente en los espacios cotidianos, y los factores extrínsecos: patologías osteoarticulares, hipertensión arterial y alteraciones visuales) así como también el grado de dependencia que cada uno de los sujetos posee. (Machado et al., 2014). Todo lo anterior podría repercutir sobre el nivel de adherencia, debido a las limitaciones físicas del sujeto, así como también a las de índole sociodemográficas, al momento de asistir a las sesiones de rehabilitación.

Los síntomas o trastornos de salud asociados a una condición de salud puede ser claves para generar adherencia. Un trastorno adicional debe tomarse en cuenta y no desecharse pues puede constituir un potente indicador para poner en práctica una prescripción terapéutica correcta. Los usuarios que experimentan un conjunto particular de síntomas y se recuperan mediante las pautas de tratamiento y evidencian cambios, tienen más posibilidades de adherirse a los procesos terapéuticos (Ortego, 2004).

Muchos de estos usuarios presentan múltiples enfermedades crónicas, que requieren tratamientos prolongados y complejos para prevenir la debilidad y la discapacidad, además de ser la población que consume más medicamentos con prescripción (Quiroz, 2012). Las alteraciones relacionadas con la edad en función de la farmacocinética y la farmacodinamia hacen que esta población sea aún más vulnerable al momento de adherir a un tratamiento (Casas, Ortiz & Penny, 2016).

Las caídas son eventos frecuentes, sin embargo, por ser multifactoriales, es difícil establecer un único factor de riesgo para su ocurrencia. Por lo tanto, el riesgo de caídas ha sido asociado con factores demográficos y cognitivos, ocurrencia de caídas y comorbilidades auto-reportadas (Delbaere, Crombez, Vanderstraeten, Willems & Cambier, 2004). De acuerdo al autor Laguna et al. (2010), las principales causas por las que se

producen las caídas son las que están relacionadas con la edad, diversas patologías (Parkinson, demencias, Alzheimer), la medicación y el pre/postoperatorio.

Respecto a la severidad de la lesión, las secuelas aún en caídas benignas pueden ser devastantes. Una caída simple con frecuencia ocasiona miedo de caerse, la cual motiva pérdida de la confianza para llevar a cabo sus actividades cotidianas, restricción en sus actividades, aislamiento social y un incremento en la dependencia. Delbaere, et al., (2004), sostienen en su estudio que, en un total de 225 adultos mayores con edades comprendidas entre 61 y 92 años, se obtuvieron correlaciones significativas entre la evasión de una actividad, el rendimiento físico, la fuerza muscular, la postura hacia anterior y las caídas previas. El estudio reveló que la evasión de actividades relacionada con el miedo puede tener efectos negativos sobre las habilidades físicas y también puede predecir futuras caídas. La evasión de actividades es, por lo tanto, una variable psicológica adicional importante en el desarrollo de la fragilidad física y la caída en los ancianos de la comunidad.

Las características sociodemográficas y los factores intrínsecos y extrínsecos de las caídas, los factores relacionados con el medio ambiente también deben ser priorizados, ya que la ocurrencia de estos eventos debido a las deficiencias ambientales se puede minimizar con la adopción de pequeñas medidas (Azevedo et al., 2017) y (Melo de Pinho, 2012).

A partir de los factores expuestos anteriormente, se puede declarar que los eventos de caídas repercuten sobre la adherencia, de la misma manera en que se exponen los resultados en el presente estudio.

De acuerdo a Bekibele & Gureje, (2010). en su estudio sobre la evaluación de la prevalencia y factores asociados con las caídas en 2096 individuos de más de 65 años en varios estados de Nigeria, se observaron características sociodemográficas, discapacidad visual, condiciones físicas crónicas e insomnio. Se encontró que los principales factores de riesgo para las caídas fueron el sexo femenino, edad superior a 80 años, 7-12 años de estudio y estatus socioeconómico bajo o medio.

En cuanto a la escolaridad, Quintana & Fernández-Brito (2009) examinaron variables sociodemográficas y su relación con la adherencia al tratamiento, donde obtuvieron que el nivel universitario de escolaridad se relacionaba con la adherencia de forma favorable en un 53,1 %.

Resultados similares fueron los encontrados en un estudio realizado por la OMS (2003), donde se encontró que el analfabetismo y el bajo nivel académico predisponían a la adherencia al tratamiento.

Por otro lado, otros autores como Agamez, Hernández, Cervera & Rodríguez (2008), lograron demostrar en su estudio que factores como el sexo masculino, la escolaridad y la soledad, indujeron a la no adherencia. Con respecto a la escolaridad se obtuvo que, a mayor cantidad, menor era la adherencia en un 66,95%.

En relación a las redes de apoyo, Rodríguez & Gómez (2010) demuestran que según los factores que inciden a favor de la adherencia en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos se encuentran asociados a la parte socioeconómica, sistema de salud, relacionados con la terapia y con el usuario y estos están influenciados por el reconocimiento en las personas de la importancia de adherirse a los tratamientos, presencia de redes de apoyo de la familia y grupos de amigos.

Quintana & Fernández-Brito (2009), en su estudio da a conocer que las personas con vínculo laboral presentaron una elevada adherencia (41,5 %) y los que no trabajan tuvieron un bajo porcentaje de cumplimiento (24 %). La convivencia con otras personas se relacionó con una mejor adherencia, al contrario, el vivir solo mostró un 28,3 %, concluyendo así que una baja cantidad de redes sociales es causa de no adherencia. A su vez Agamez et al. (2008), en su estudio demostraron que la soledad indujo a la no adherencia en un 63,91 %.

Estos estudios contrastan con los resultados de la presente investigación, ya que no se obtuvieron diferencias significativas ni tendencias en la relación entre variables de escolaridad con adherencia y redes de apoyo y adherencia.

Se plantean como fortalezas de la investigación, el haber considerado una muestra de estudio de población adulta mayor que crece en los últimos años a nivel nacional e internacional. Otra fortaleza de este estudio corresponde a que además de ser adultos mayores, tienen otros factores sociodemográficos que los caracteriza como: la baja cantidad de años de estudio, el contexto tanto físico como social de la ciudad en la cual residen, el constructo social en el cual están inmersos y la condición de salud que los representa.

Otra fortaleza importante de mencionar corresponde a que la investigación realizada abordó la adherencia al tratamiento de RBC fuera de un dispositivo de asistencia sanitaria, como lo es la Agrupación de Parkinson de la comuna de Tomé.

Dentro de las limitaciones que se pudieron identificar se encuentra el tamaño de la muestra de estudio, la cual no es representativa de la totalidad de los usuarios con EP, pero si lo es, de los usuarios que forman parte de la Agrupación de Parkinson de la comuna de Tome.

Otra limitación identificada es la utilización el instrumento Mini Mental State (MMSE) abreviado para considerar el estado cognitivo de los participantes, ya que es un instrumento de tamizaje. Podría haberse ocupado la prueba Mini Mental Parkinson Test, por su especificidad y sensibilidad en identificar el deterioro cognitivo en usuarios con EP, considerando que el 40% de ellos, desarrolla demencia, por lo que el MMSE abreviado, es una evaluación que excluye a parte de la muestra y no se considera el deterioro cognitivo propio de la EP.

Dentro a lo que se refiere a la variable de Redes de apoyo, es importante mencionar como limitación, que el estudio no considera en profundidad la calidad de las redes que los usuarios identifican. Como ejemplos en relación a la calidad de las redes, se podría

considerar: el nivel de cercanía, el tiempo de relación con la red, entre otros.

Por último, también se identificó como una limitación, el instrumento de evaluación de la variable Riesgo de Caída, que si bien el test Time Up and Go (TUG), es ampliamente utilizado, podrían haberse ocupado instrumentos de laboratorio para obtener datos más específicos.

Es importante considerar que sería de gran interés e importancia tomar en consideración en futuras investigaciones otras variables como; el sexo, nivel socioeconómico, sociocultural, el origen de la población (rural-urbano), otros sistemas de salud (Atención Secundaria y Atención Terciaria) y su relación con adherencia al tratamiento de rehabilitación.

En base a los resultados se puede concluir que, tanto el Riesgo como los Eventos de Caídas, son factores relevantes a la hora de evaluar la Adherencia a un programa de RBC. Ambas variables afectan inversamente a la Adherencia que tienen los usuarios a asistir a las sesiones de rehabilitación.

Teniendo en consideración que la evidencia actual muestra que existen variados factores que influyen sobre la adherencia a un tratamiento, es importante precisar que el sujeto que es diagnosticado con la Enfermedad de Parkinson, pueda asumir el proceso, comprometerse y generar una acción, que le permita mantener su funcionalidad en las diferentes áreas, tanto físicas, emocionales y sociales. Por lo tanto es fundamental dar a conocer los resultados de la presente investigación y seguir aportando con nuevos estudios, para promover la creación de nuevas políticas públicas y redes de apoyo que permitan dar acompañamiento a los usuarios en sus diversas problemáticas que repercuten de manera directa sobre la adherencia en el proceso de rehabilitación.

CAPÍTULO 6: REFERENCIAS

Abiétar, M., López,A., & Navas,S. (2017). El sentido de la escolaridad obligatoria como transición y como fin. Universidad de València. The purpose of Compulsory Education as transition or as goal.

Agamez, A.P., Hernandez, R., Cervera, L. & Rodriguez, Y. (2008). Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo; vol.12, n.5, pp. 0-0.

Almeida, L.S., Valenca, G.T., Negreiros, N.N., Pinto, E.B. & Oliveira-Filho, J. (2017). Predictors of Recurrent Falls in People with Parkinson's Disease and Proposal for a Predictive Tool. J Parkinsons Dis.; 7(2):313-324.

Araña, S. M. (2011). Trastornos músculo-esqueléticos, Psicopatología y Dolor. Recuperado de: <http://www.segsocial.es/prdi00/groups/public/documents/binario/143942.pdf>

Arriagada, L., Jirón, M., & Ruiz, I. (2008). Uso de medicamentos en el adulto mayor. Sección de Geriatría, HCUCh. Facultad de Ciencias Químicas y Farmaceuticas, Universidad de Chile. Recuperado de: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/uso_medicamentos_adulto_mayor.pdf

Asociación de Parkinson de Madrid. (2016). Definición de la enfermedad de Parkinson.

Recuperado de: <https://www.parkinsonmadrid.org/el-parkinson/el-parkinson-definicion/>

Azevedo, A., Oliveira, A., Partezani, R., Paredes, M., Almeida, J. & Rangel, L. (2017).

Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que viven en el domicilio.

Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2754.pdf

Baptista, P., Fernández, C. & Hernández, R. (2010). Metodología de la investigación. DF,

México: Editorial The McGraw-Hill.

Barrios, Z., Castilla, J., Montero, K. & Rodríguez, R. (2011). Manejo integral del adulto

mayor con dolor crónico. *Revista Ciencia y Salud Virtual*; 3(1), 123-160.

Bayarre, V., Pérez, P. & Menéndez, J. (2006). Las transiciones demográficas y

epidemiológicas y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. *Revista Cubana de gerontología y geriatría*; 1: 1-3.

Bekibele, C.O. & Gureje, O. (2010). Fall Incidence in a Population of Elderly Persons in

Nigeria. *Gerontology*; 56(3): 278–283.

- Bertone, C., Torres, V. & Andrada, M. (2014). Factores sociales e individuales que explican la dependencia funcional de los adultos mayores de cuatro ciudades latinoamericanas. *Revista Científica de la Universidad Nacional de La Rioja*; 1(3), 13-20.
- Bertranaou, F. (2005). Restricciones, problemas y dilemas de la protección social en América Latina: Enfrentando los desafíos del envejecimiento y la seguridad de los ingresos. Vol. 1, Núm. 1: 35-58.
- Blau, P. & Duncan, O. (1967). *The American Occupational Structure*, Nueva York: Wiley.
- Boudon, R. (1973). *L'inégalité des chances*, París: Armand Colin.
- Brewer, B., Cornelius, A., Van Raalte, J., Petitpas, A., Sklar, J., Pohlman, M. & Ditmar, T. (2003). Age related differences in predictors of adherence to rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstruction. *Journal of Athletic Training*; 38:158-162. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC164906/>

Calvo, E. & Mortorell, B. (2008). La salud del adulto mayor en Chile. Una responsabilidad compartida por las personas, las empresas y el estado. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Esteban_Calvo/publication/310801944_Salud_del_Adulto_Mayor_en_Chile_Responsabilidad_Compartida_por_las_Personas_las_Empresas_y_el_Estado/links/0c96051bdb8be206b0000000/Salud-del-Adulto-Mayor-en-Chile-Responsabilidad-Compartida-por-las-Personas-las-Empresas-y-el-Estado.pdf

Carrillo, L., Carrillo, P., Varas, M., Aliaga, F. & Chian C. (2017). Demencia reversible por déficit de vitamina B12 en un adulto mayor. Caso Clínico. Horiz Med; 17(2): 77-81.

Catalán, M., Rodríguez del Álamo, A. (2016). Definición de la enfermedad de Parkinson. Asociación de Parkinson de Madrid. Recuperado de:

<https://www.parkinsonmadrid.org/el-parkinson/el-parkinson-definicion/>

Casas, P., Ortiz, P. & Penny, E. (2016). Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. Revista peruana de medicina experimental y salud pública, 33 (2), 335-341.

Cerquera, A.M., Uribe, A.F., Matajira, Y.J. & Correa, H.V. (2017). Dependencia funcional y dolor crónico asociado a la calidad de vida del adulto mayor. Psicogente, 20(38). 398-409.

- Chaná, C., Jiménez, M., Díaz, V. & Juri, Y. (2013). Mortalidad por enfermedad de Parkinson en Chile. *Rev Med Chile*; 141: 327-331.
- Charlot, B. (2000). Da relação com o saber. Elementos para uma teoria. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. *Ensino em Re-Vista*, 11(1): 203-207.
- Charlot, B. (2005). Relação com o saber, formação dos professores e globalização. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Chesney, L. (2008). La concientización de Paulo Freire. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4015700.pdf>
- Dabas, E. N. (1993). Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales, Buenos Aires, Paidós.
- Deandrea, S., Lucenteforte, E., Bravi, F., Foschi, R., La Vecchia, C. & Negri, E. (2010). Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*; 21(5): 658-68.
- Delbaere, K., Crombez, G., Vanderstraeten, G., Willems, T. & Cambier, D. (2004). Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age Ageing*; 33:368-73.

- Delgado, H.M., Padrón, E.A., Rodríguez, L., Pedraza, D., Álvarez, A.G. & Pérez, A.D. (2013). Estudio de determinantes sociales y estado de salud de la población. Rev Finlay; 3(4). Recuperado de:
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/214>
- Dewey, J. (1977). Mi credo pedagógico. León: Universidad de León.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. & Sacristán, J. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Recuperado de:
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>
- Duxbury, P. (2008). The physician owned physical therapy department. Orthopedic Clinics of North América 2008; 39: 49-53. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18061769>
- Estañol, E. & Senties, H. (2014) Síndromes neuropsiquiátricos II: enfermedad de Parkinson. In: de la Fuente J, Heinze G. eds. Salud mental y medicina psicológica, 2e. Recuperado de:
<http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=94749387&bookid=1440&jumpsectionID=94749461&Resultclick=2>
- Fahn, S. & Elton, R.L. (1987). Recent developments in Parkinson's disease. Vol 2. Macmillan Health Care information: Florham Park, NJ; 153-164.

Fereshtehnejad, S., Shafieesabet, M., Farhadi, F., Hadizadeh, H., Rahmani, A., Naderi, N., Khaefpanah, D., Ali Shahidi, G., Delbari, A. & Lökk, J. (2015). Heterogeneous Determinants of Quality of Life in Different Phenotypes of Parkinson's Disease.

Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4559401/pdf/pone.0137081.pdf>

Gázquez, J., Pérez, M., Mercader, I., & Molero, M. (2011). Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores. *Anales de Psicología*, 27(3), 871-876.

Glazer, K., Emery, C., Frid, D. & Banyasz, R.E. (2002). Psychological predictors of adherence and outcomes among patients in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*; 22:40-46.

Goetz, C., Tanner, C. & Stebbins, G. (1988). Risk factors for progression in Parkinson's disease. *Neurology*; 38:1841–1844.

Goetz, C.G., Poewe, W., Rascol, O., Sampaio, C., Stebbins, G.T. & Counsell, C. (2004) Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr staging scale: status and recommendations. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*;19(9):1020-1028.

González, C., & Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, 49(4), 448-458.

González, R., Hechavarría, G., Batista, N., & Cueto, A. (2017). Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000100006

Guzmán, Y. R., Estrada, O. L., Tejada, P. A. & Crespo, O. (2010). Factores relacionados con adherencia a un programa de rehabilitación, Revista Facultad de Salud, Vol. 2 Nro. 1 - 2010: 39-50

Guzmán, R. A.; Salazar, H. A.; Cea, A.; Melián, H. P.; Cordier, B. & Silvestre, R. A. (2011). Correlación entre el Puntaje Obtenido en la Prueba "Timed up and go" y Momentos Articulares del Miembro Inferior. Int. J. Morphol. vol.29 no.2; 29(2):521-525.

Halsey, A. H., Herth, A.F. & Ridge, J. M. (1980). Origins and destinations: Family, class and education in modern Britain, Oxford: Claredon Press.

Hanneman, R. (2000). Introducción a los métodos de análisis de redes sociales. Departamento de sociología de la universidad de California Riverside. Recuperado de: <http://wizard.ucr.edu/~rhannema/network/text/textindex.html>

Healey, F., Darowski, A., Lamont, T., Panesar, S., Poulton, S. & Trembl, J.(2012). Essential care after an inpatient fall: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency; 342: d329. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d329>

Herruzo, M. (2010). Intervención conductual en Fisioterapia: Estudio comparativo de dos procedimientos diseñados para incrementar la probabilidad de adherencia a las prescripciones médicas *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, pp. 189-206.

Hershberger, P., Robertson, K., Kimberly, B. & Markert, R. (1999). Personality and appointment-keeping adherence in cardiac rehabilitation. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*; 19: 106-111.

Hoehn, M.M. & Yahr, M.D. (2001). Parkinsonism: Onset, progression and mortality. *Neurology*, 57(10, Suppl3), S11-S26.

Hurtado, F., Cardenas, M. A. N., Cardenas, F. P., & León, L. A. (2016). La Enfermedad de Parkinson: Etiología, Tratamientos y Factores Preventivos. *Universitas Psychologica*, 15(5). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-5.epet>

Instituto Nacional de Estadística. (2007). Adulto mayor en Chile, enfoque estadístico INE. Recuperado de: <http://www.ine.cl/docs/default-source/FAQ/enfoque-estad%C3%ADstico-adulto-mayor-en-chile.pdf?sfvrsn=2>

Itriago, M. & Itriago, M. (2000): *Las redes: el cambio social*, Caracas, Sinergia.

Jiménez, M., Luengo, J. J. & Taberner, J. (2009). Exclusión social y exclusión educativa como fracasos. Conceptos y líneas para su comprensión e investigación.

Profesorado: revista de currículum y formación del profesorado, 13(3), 11-49.

Recuperado de:

<https://recyt.fecyt.es/index.php/profesorado/article/view/42267/24213>

Jiménez, P., López, F., Portilla, J., Pedrera, J., Jiménez, M., Lavado, J. M., & Casado, I.

(2012). Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un

ictus mediante la escala de Lawton y Brody. Revista de Neurología, 55(6), 337-

342.

Laguna, J., Carrascosa, M., Zafra, F., Carrascosa, M., Luque, F., Alejo, J. & García, F.

(2010). Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en

ancianos: Revisión Sistemática.

Lipovetsky, G. (1995). La Era del Vacío. Ensayos sobre el Individualismo Contemporáneo.

Anagrama. Colección y Argumentos. Barcelona.

Machado, L., Bazán, M. & Izaguirre, M. (2014). Principales factores de riesgo asociados a

las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. Medisan. Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029301920140002

[00003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029301920140002)

Manrique, B., Salinas, A., Moreno, K., & Téllez, M.M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Pública de México*; 53(1), 26-33.

Marti, P. & Cubo, E. (2007). Scales to measure parkinsonism. In: *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 83 (3rd series) Parkinson's disease and related disorders, Part I: 291-327.

Martínez, F. (2002). *Revista Mexicana de investigación de educativa*. Consejo Mexicano de investigación educativa. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/140/14001603.pdf>

Martínez, V.M. (2006). El enfoque comunitario, el desafío de incorporar a las comunidades en las intervenciones sociales. Departamento de psicología facultad de ciencias sociales. Universidad de Chile. Recuperado de:
http://dspace.otalca.cl/bitstream/1950/9417/1/martinez_ravanal.pdf

Mayeux, R. (2003). Epidemiology of neurodegeneration. *Annu.Rev. Neurosci.*, 26, 81-104.

Meirieu, P. (1998). *Frankenstein educador*. Barcelona: Laertes.

Melo de Pinho, T., Oliveira, A., Rangel, L., Silva, M., Nagaumi, S., Freitas, A. & Peixoto, V. (2012). Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. Evaluación del riesgo de caídas en ancianos atendidos en centros básicos de salud. Rev. esc. enferm. USP vol.46 no2.

Mínguez, S., Muñozguren, S., García del Pozo, J. & Jordán, J. (2015). Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con Enfermedad de Parkinson. Duazary, dic; 12 (2): 133 – 139.

Ministerio de Desarrollo Social. (2013). Reporte comunal de comuna de Tomé. CASEN.

Recuperado de:

http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/pdf/comunal_general/biobio/TOME.pdf

Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Encuesta de caracterización socioeconómica nacional. CASEN. Recuperado de:

http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casenmultidimensional/casen/casen_2015.php

Ministerio de Educación. (2009). Establece la ley general de educación. Recuperado de:

<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1006043>

Ministerio de Salud Chile (2008). Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Santiago, Chile.: Autor. Recuperado en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>

Ministerio de Salud Chile. (2010). Guía clínica: Enfermedad de Parkinson. Santiago, Chile. MINSAL. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a0cef2ae04001011f01678a.pdf>

Ministerio de Salud Chile. (2010). Manual de Prevención de Caídas en el Adulto Mayor. MINSAL. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ab1f8c5957eb9d59e04001011e016ad7.pdf>

Moffa-Trotter, M. & Anemaet, W. (1999) Cost Effectiveness of Home Rehabilitation: A Literature review. Topics in geriatric Rehabilitation; 14: 1-33.

Montero, M. (2006). Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad. Recuperado de: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/fundamentos-y-teoria-de-una-psicologia-liberadora/psicologia-comunitaria/543-teoria-y-practica-de-la-psicologia-comunitaria-la-tension-entre-comunidad-y-sociedad-2o-parte/file>

Mora J.D-M., Osses, C.F. & Rivas, S.M. (2017). Funcionalidad del adulto mayor de un centro de salud familiar, Hualpén, Chile. Revista cubana de enfermería.

Recuperado de:

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/432/226>

Morillo, C. (2000); "Las redes sociales: nuevo modelo de organización para el desarrollo humano sostenible". Puntal, 6 (11), pp. 10-15.

Moya, F. (2012). Envejecimiento y relaciones interpersonales. Madrid: CEU Ediciones, pp.29-64.

Munro BH. (2001). Statistical methods for health care research. 4th ed. Philadelphia: Lippincott.

Ogueda, J.P., Barra, E. (2017). Creencias compensatorias de salud: implicaciones para la salud y la adherencia al tratamiento. Revista de Psicología y Salud, 27(2),207-211.

OIT, UNESCO & OMS. (2004). Documento de posición conjunta. Estrategia para rehabilitación e igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza, y la integración social de las personas con Discapacidad. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43126/1/9243592386_spa.pdf

- Organización Mundial de Salud. (2003). La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid: Ediciones Doyma; 2003.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata. Alma-Ata, 1978. Regreso a Alma-Ata. Recuperado de: <http://www.who.int/dg/20080915/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe mundial sobre la Discapacidad. Recuperado de: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.
- Ortego, M. C. (2004). La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. Educare 21; Artículo8.

Packman, M. (1995): "Redes; una metáfora para la práctica de intervención social"; en E. Dabas y D. Najmanovich (comps.). Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la restricción y el fortalecimiento de la sociedad civil, Buenos Aires, Paidós, pp. 294-302.

Paredes, A. (2015). Factores sociodemográficos relacionados con el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=61896>

Peinado, M.A, Del Moral, M.L, Esteban, F.J, E. Martínez, E., Siles, E., Jiménez, A., Hernández-Cobo, R., Blanco, S., Rodrigo, J. & Pedrosa, J.A. (2000). Envejecimiento y neurodegeneración: bases moleculares y celulares. REV NEUROL, 31 (11): 1054-1065.

Pereira, S., Buksman, S., Perracini, M., Barreto, K. & Leite, V. (2001) Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. Quedas em idosos. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina.

Pérez, E.S., Aguilera, O.R., Núñez, I., & Colina, E. (2017). Síntomas no motores en pacientes con enfermedad de Parkinson. Medisan, 21 (6), 681-687.

Pisano, M.M. & González, A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. Enferm Clin. Elsevier España, 24(1):59-66.

Proust-Lima, C., Amieva, H., Letenneur, L., & Orgogozo, J. (2008). Gender and education impact on brain aging: A general cognitive factor approach. *Psychology and aging*; 23: 608-620.

Putcha, P. (2016). Calidad de vida en la vejez. *Herramientas para vivir mejor*. 1-108.

Recuperado de: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf

Quintana, C. & Fernández-Brito, J. (2009). Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. Recuperado de:

http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:Pb8jE1Y_XR0J:scholar.google.com/+escolaridad+y+su+relación+a+adhrencia&hl=es&as_sdt=0,5

Quiroz, C.A. (2012). Diseño y validación de un instrumento para evaluar adherencia de pacientes adultos a proceso de neurorehabilitación funcional a largo plazo, basado en las dimensiones de la OMS. Recuperado de:

<http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/588/1/Informe%20Final%20Adherencia%20Corregido%20-%2001oct2012.pdf>

Quiroz, C.A. (2014). Instrumento para evaluar adherencia de personas adultas a procesos de Neurorehabilitación funcional basado en las dimensiones propuestas de la Organización Mundial de la Salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 32(1): 52-61.

Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n1/v32n1a06.pdf>

Radtke, T., Kaklamanou, D., Scholz, U., Hornung, R. & Armitage, C. (2014). Are diet-specific compensatory health beliefs predictive of dieting intentions and behaviors. *Appetite*, 76, 36-43.

Real Academia Española. (2017). *Diccionario de la lengua española*. Edición del Tricentenario. Madrid, España. RAE.

Riechmann, J. & Fernández, F. (1994); *Redes que dan libertad*, Barcelona, Paidós.

Rodríguez, A. & Gómez, A. (2010). Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Recuperado de:
<http://eds.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=781b98e1-51a6-4ac7-be57-be67110980a6%40sessionmgr4008>

Rodríguez, J.M., Díaz, Y.V., Rojas, Y., Rodríguez, Y. & Aguilera, R. (2013).
Actualización en enfermedad de Parkinson idiopática.
CCM vol.17 no.2 Holguín abr.-jun.

Sabariego, C., Coenen, M., Ballert, C., Cabello, M., Leonardi, M., Anczewska, M., Pitkänen, T., Raggi, A., Mellor, B., Covelli, V., Świtaj, P., Levola, J., Schiavolin, S., Chrostek, A., Bickenbach, J., Chatterji, S. & Cieza, A. (2015). Determinants of Psychosocial Difficulties Experienced by Persons with Brain Disorders: Towards a Horizontal Epidemiology Approach. PLoS ONE 10(12): e0141322.
Recuperado de:
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0141322>

Saidón, C. (1995): "Las redes: Pensar de otro modo", en E. Dabas y D. Najmanovich (comps.), Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil, Buenos Aires, Paidós, pp. 203-207.

Schapira, A. (2013). Recent developments in biomarkers in Parkinson disease. Curr. Opin. Neurol., 26, 395-400.

Segovia, M., & Torres, E. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos, 22(4), 162-166.

Servicio Nacional de Discapacidad. (2015). Estudio nacional de la discapacidad 2015. SENADIS. Recuperado de:
http://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad

Sewell, W. H.; Hauser, R.M., & Featherman. D.L. (1976). Schooling and achievement in american society, Nueva York: Academic Press.

- Sluzki, C. (1996): La red social: frontera de la práctica sistémica, Barcelona, Gedisa.
- Stebbins, G. & Goetz, C. (1999). Factor analysis of the motor section of the Unified Parkinson's Disease Rating scale during the off-state. *Mov disord.* 1999; 14:585–589. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9686766>
- Silva, G.E., Galeano, E. & Correa, J.O. (2005). Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, vol. 30, núm. 4, octubre-diciembre, pp. 268-273.
- Suso, A. (2006). La relación con el empleo de los trabajadores mayores. *Cuadernos de relaciones laborales*. Vol. 24, Núm. 2: 66- 7
- Starkstein, S.E., Mayberg, H.S., Leiguarda, R., Preziosi, T.J. & Robinson, R.G. (1992). A prospective longitudinal study of depression, cognitive decline, and physical impairments in patients with Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 55:377–382.
- Steffick, D. E. (2000). Documentation of Affective Functioning Measures in the Health and Retirement Study HRS/AHEAD. HRS Documentation Report DR-005. Ann Arbor, MI: University of Michigan, Institute for Social Research.
- Van Manen, M. (1998). El tacto en la enseñanza: el significado de la sensibilidad pedagógica. Barcelona: Paidós.

Vidal. E. & Madrid. H. (2014) Síndromes neuropsiquiátricos II: enfermedad de Parkinson.

In: de la Fuente J, Heinze G. eds. Salud mental y medicina psicológica, 2e New

York, NY: McGraw-Hill. Recuperado de:

<http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=94749387&bookid=1440&jumpsectionID=94749461&Resultclick=2>

Villadoniga, M., San Millan, A., Cabanes, L., Aviles, I., Del alamo, M. & Regidor, I.

(2016). Quantitative gait analysis in patients with advanced Parkinson disease.

Revista de Neurologia, 63(3), 87-102.

Wan, H., Goodkind, D., & Kowal, P. (2016). An Aging World: 2015. United States Census

Bureau.

Willis, A. (2013). Parkinson disease in the elderly adult. Mo. Med., 110, 406-410.

CAPÍTULO 7: ANEXOS

ANEXO 1



Enero, 2018

DECLARACION INFORMADA

Yo: Luis Salgado Alarcón, Cedula de identidad (CI): 6.204.465-9, Presidente de la Agrupación con Enfermedad de Parkinson de la comuna de Tomé, autorizo a el Sr. Alex Ríos Ruiz, (C.I): 17.081.012-0, Terapeuta Ocupacional y a la Srta. Melissa Turner Barrientos, (C.I): 17.044.720-4, Kinesióloga, a poder realizar su estudio de investigación para poder optar al grado de Magister en Neurorehabilitación de la Universidad Andrés Bello.

El estudio lleva por nombre: **“Relación entre el nivel de escolaridad, redes de apoyo, riesgo y evento de caída, y la adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria en usuarios con Enfermedad de Parkinson (EP), pertenecientes a la comuna de Tomé”.**

Mencionar que todo el proceso de investigación quedará validado además por la lectura y firma del respectivo consentimiento informado de todos los integrantes que participarán.

C.I 6.204.465-9
Luis Salgado Alarcón
Presidente de la Agrupación de
Usuarios con Parkinson-Tomé.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1.- Título de la investigación:

Relación entre el nivel de escolaridad, redes de apoyo, riesgo y eventos de caída, con la adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria, en usuarios pertenecientes a la Agrupación de Parkinson, de la comuna de Tomé.

2.- Investigadores responsables:

Alex Wladimir Ríos Ruiz y Melissa Edna Turner Barrientos.

3.- Centro en dónde se realizará la investigación:

El estudio se realizará en la sede vecinal, “Milade Asfura”, lugar en el cual la agrupación de usuarios con Enfermedad de Parkinson de la comuna de Tomé.

4.- Propósito de la investigación:

Analizar la relación entre nivel de escolaridad, redes de apoyo, riesgo y eventos de caída, con la adherencia al tratamiento de Rehabilitación de Base Comunitaria en usuarios con Enfermedad de Parkinson, pertenecientes a la agrupación a la comuna de Tomé.

5.- Voluntariedad de la participación:

Cada usuario tendrá la capacidad de elegir libremente su participación en el estudio de manera consensuada a través del documento oficial que lleva por nombre “Consentimiento Informado”. Se dará la posibilidad a que cada usuario participante pueda retirarse del proceso en el momento que él/ella lo estime conveniente.

6.- Frecuencia y duración de la participación:

Se establecerán dos jornadas. La primera corresponderá a una jornada introductoria en relación a la contextualización global del estudio e invitación correspondiente a participar.

La segunda corresponderá a la aplicación de una encuesta personal y la aplicación del test Time Up and Go, previa firma del Consentimiento Informado.

7.- Exámenes y controles que se harán:

Primero:

- Índice de Barthel, con el objeto de valorar el nivel de independencia de cada participante.
- Prueba de Mini Mental Abreviado. Con el fin de evaluar el nivel cognitivo de cada uno de los participantes.

Segundo:

- Encuesta personal para categorizar las variables de: escolaridad, redes de apoyo, riesgo de caída y evento de caída.
- Aplicación del Test: Time Up and Go.

8.- Costos para el participante:

La realización del estudio no implicará ningún costo monetario ni de tiempo extra a ninguno de los participantes.

9.- Confidencialidad de la información personal y médica:

- Respeto y resguardo de la información entregada por el usuario de manera cuidadosa a través de los consentimientos informados. No se registrarán resultados identificando a los participantes. Tanto las encuestas personales como el test Time Up and Go, se realizarán de manera individual, investigador-usuario.
- La información será resguardada en un solo pendrive. Este será manipulado solo por los investigadores: Alex Ríos y Melisa Turner.
- No se publicará información en relación a la tesis ni los resultados de las encuestas ni evaluaciones, sin antes contar con la autorización de los usuarios.

10.- Beneficios por participar:

- Se pretende entregar como beneficio la investigación realizada, a través de un informe a la Agrupación de EP de la comuna de Tomé.

- Aportar evidencia actualizada desde las variables identificadas, las cuales permitan ofrecer una atención más eficaz y oportuna.
- Permitir adquirir información actualizada y coherente a la realidad de los usuarios con Enfermedad de Parkinson, que permita armar un plan de intervención paralelo, que entregue una atención enfocada en el contexto de cada uno de los usuarios.
- Entregar información actualizada sobre la eficacia y efectividad a cada usuario, del tratamiento de rehabilitación fuera de los dispositivos asistenciales.
- Promover la creación de nuevas políticas públicas y redes de apoyo que permitan dar acompañamiento a los usuarios en sus diversas problemáticas que repercuten de manera directa sobre la adherencia en el proceso de rehabilitación.

11.- Riesgos por participar:

- Los participantes del estudio podrían estar expuestos a riesgos más bien controlables del ambiente físico, donde se realicen tanto la encuesta como el test: Time Up and Go. (Los investigadores se resguardaran de preparar el ambiente de manera previa de tal manera que se ajuste a lo estipulado).
- Los participantes podrían presentar malestar, cansancio y/o incomodidad durante la realización del test: Time Up and Go, más aun considerando las condiciones climáticas. Si alguno de los participantes presenta dificultad, el respectivo test se detiene.

12.- Autorización de registro audiovisual:

Durante la charla informativa (primera jornada), aplicación de la encuesta y del instrumento de evaluación, se informará al participante que se podrían tomar fotografías y/o grabar, con el fin de tener respaldo audiovisual para el estudio. Toda la información recabada es confidencial (ver punto 9).

13.- Protección existente para el participante:

- Se otorgará a cada uno de los participantes la comodidad necesaria desde el punto de vista físico, teniendo una temperatura y una iluminación adecuada en la

sala donde se realicen las evaluaciones y además con el mismo nivel de importancia se debe proveer un terreno plano y sin objetos que puedan generar algún tipo de riesgo de caída por parte de los usuarios.

- En caso de una situación especial de emergencia, se prestarán los primeros auxilios básicos y dependiendo de la gravedad de lo sucedido se contactará vía teléfono a la unidad de emergencia del Centro de Salud más próximo.
- Se garantiza a los participantes del estudio la confidencialidad de la información entregada y/u obtenida.

14.- Comunicación de los resultados:

- La información será entregada solo por los investigadores.
- Al finalizar el estudio cada usuario será libre de utilizar los resultados obtenidos de la forma que cada uno estime conveniente.

15.- Consultas de dudas o problemas durante la investigación:

Todas las consultas o dudas deben ser realizadas exclusivamente a los investigadores responsables.

INVESTIGADORES PRINCIPALES:

1. Alex Ríos Ruiz – +56 999314096 - alexw.riosruiz@gmail.com
2. Melissa Turner Barrientos – +569 997995479 - melissa.turnerb@gmail.com

COORDINADOR(A) DEL ESTUDIO:

1. Francisco Guede Rojas – +56 968351445 - francisco.guede@unab.cl

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

(En esta apartado debe redactarse un párrafo en primera persona, donde el participante acepte el completo conocimiento de las condiciones del estudio)

Nombre del Participante	Firma del Participante
--------------------------------	------------------------

Nombre del Testigo/Tutor	Firma del Testigo
---------------------------------	-------------------

Relación con el participante	
-------------------------------------	--

Nombre Presidente de la Agrupación de Usuarios con Parkinson	Firma
---	-------

Nombre del Investigador 1	Firma
----------------------------------	-------

Nombre del Investigador 2	Firma
----------------------------------	-------

Fecha: Viernes 22 de Diciembre de 2017.

ANEXO 3

Índice De Barthel

Actividades básicas de la vida diaria
Se puntúa la información obtenida del cuidador principal

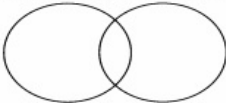
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Total		

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

(MINSAL, 2008).

ANEXO 4

EVALUACION COGNITIVA (MMSE ABREVIADO)

<p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> Anote un punto por cada respuesta correcta </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">BIEN</td> <td style="text-align: center;">MAL</td> <td style="text-align: center;">N.S</td> <td style="text-align: center;">N.R</td> </tr> <tr> <td>Mes</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Día mes</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Día semana</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>N.S = No sabe N.R = No responde</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		BIEN	MAL	N.S	N.R	Mes					Día mes					Año					Día semana				
	BIEN	MAL	N.S	N.R																						
Mes																										
Día mes																										
Año																										
Día semana																										
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer. </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">CORRECTA</td> <td style="text-align: center;">NO SABE</td> </tr> <tr> <td>Arbol</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Número de repeticiones</p>		CORRECTA	NO SABE	Arbol			Mesa			Avión															
	CORRECTA	NO SABE																								
Arbol																										
Mesa																										
Avión																										
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:</p> <p style="text-align: center;">1 3 5 7 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej: 9 7 5 3 1 = 5 puntos </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100px;">Respuesta Entrevistado</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>Respuesta Correcta</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </table> <p>N° de dígitos en el orden correcto</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	Respuesta Entrevistado						Respuesta Correcta	9	7	5	3	1													
Respuesta Entrevistado																										
Respuesta Correcta	9	7	5	3	1																					
<p>4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente. </div>	<p>Ninguna acción 0</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Correcto</td> </tr> <tr> <td>Toma papel con la mano derecha</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>Dobla por la mitad con ambas manos</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>Coloca sobre las piernas</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		Correcto	Toma papel con la mano derecha		Dobla por la mitad con ambas manos		Coloca sobre las piernas																		
	Correcto																									
Toma papel con la mano derecha																										
Dobla por la mitad con ambas manos																										
Coloca sobre las piernas																										
<p>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden. </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">CORRECTO</td> <td style="text-align: center;">INCORRECTO</td> <td style="text-align: center;">NR</td> </tr> <tr> <td>Arbol</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR	Arbol				Mesa				Avión												
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
Arbol																										
Mesa																										
Avión																										
<p>6. Por favor copie este dibujo:</p> <p>Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si el dibujo está correcto.</p> <div style="text-align: center; margin: 10px auto;">  </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">CORRECTO</td> <td style="text-align: center;">INCORRECTO</td> <td style="text-align: center;">NR</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	CORRECTO	INCORRECTO	NR																						
CORRECTO	INCORRECTO	NR																								
<p>Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</p>	<p style="text-align: right;">Suma total = <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos. Normal = ≥14 Alterado = ≤13</p>																									

(MINSAL, 2008).



Listado de asistencia Taller de Agrupación de Usuarios con Parkinson

	08-08	22-08	29-08	05-09	26-09	03-10	10-10	17-10	24-10	31-10	07-11	21-11	12 total	Promedio Inasistencia
1	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	9/12	25%
2	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	7/12	42%
3	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	7/12	42%
4	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	11/12	8%
5	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	4/12	67%
6	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	7/12	42%
7	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	9/12	25%
8	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	10/12	17%
9	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	8/12	33%
10	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	9/12	25%
11	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	10/12	17%
12	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	5/12	58%
13	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	7/12	42%
14	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	7/12	42%
15	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	7/12	42%
16	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	9/12	25%
17	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	7/12	42%
18	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	5/12	58%
19	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	7/12	42%
20	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	8/12	33%
													Total % Inasistencia	36,35%

ANEXO 6

ENCUESTA PERSONAL

1. Complete la tabla a continuación:

Nombre:	
Apellido:	
Edad:	
Estadio de la Enfermedad de Parkinson en la que se encuentre actualmente:	
Número de fármacos que utiliza:	
Número de otras patologías que posea:	

2. Marque con una X:

¿Cuántos años de escolaridad posee?:

Escolaridad básica:		Completa:		Incompleta:	
Escolaridad media:		Completa:		Incompleta:	
Educación superior:		Completa:		Incompleta:	
No asistí:					

ANEXO 7

Timed Up and Go (TUG)

La prueba consiste en medir el tiempo requerido para efectuar un recorrido de tres metros.

- Utilizar una silla sin brazos.
- Los tres metros se miden desde las patas delanteras de la silla, en dirección recta hasta un punto de referencia, marcando con un cono o botella plástica con agua.
- Al inicio la persona debe estar sentada con la espalda bien apoyada contra el respaldo, los brazos al costado y los pies tocando el suelo.
- Se solicita a la persona que se pare sin apoyarse y camine como lo hace habitualmente, hasta el cono o botella y vuelva a sentarse.
- Se inicia la medición del tiempo cuando la persona despega la espalda de la silla, y se detiene cuando retoma la posición inicial.
- Si la persona requiere algún tipo de ayuda para ponerse de pie, se suspende la prueba y se clasifica con alto riesgo de caída.

Normal \leq 10 segundos.

Riesgo leve de caída 11 a 20 segundos.

Alto riesgo de caída $>$ 20 segundos.

Si el adulto mayor tiene ambas pruebas alteradas, debe ser enviado a médico y Taller de Prevención de Caídas. Si además presenta: deterioro de la visión, uso de benzodiazepinas y/o otros sedantes e ingesta de $>$ 4 fármacos al día (diuréticos, antihipertensivos, etc.), constituye una urgencia.

(MINSAL, 2008).