



**DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LA REALIZACIÓN DE
ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIARIA DE PACIENTES QUE
ASISTEN A PROGRAMAS NEURODEGENERATIVOS DE UN
CENTRO PARROQUIAL, LIMA 2017.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO TECNÓLOGO
MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.**

AUTOR: REVILLA CALLE LIDIA PILAR.

ASESOR: LIC.TM. FARJE NAPA CESAR AUGUSTO.

LIMA, PERÚ

2018

HOJA DE APROBACIÓN

REVILLA CALLE LIDIA PILAR.

**DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LA REALIZACION DE
ACTIVIDADES BASICAS DE VIDA DIARIA DE PACIENTES QUE
ASISTEN A PROGRAMAS NEURODEGENERATIVOS DE UN
CENTRO PARROQUIAL, LIMA 2017**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de
Licenciado en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y
Rehabilitación.

LIMA – PERÚ

2018

Dedicatoria:

A mi familia por su ayuda constante.

A mi hija el motor de mi vida, por estar siempre a mi lado y compartir cada momento de dicha y satisfacción.

**Se agradece por su contribución para el
desarrollo de esta tesis:**

A mis maestros por formarme en el camino profesional.

A los adultos mayores que ayudaron en este estudio.

A mi universidad por reforzar mi vocación.

Epígrafe:

Algún día en cualquier parte, en cualquier
lugar indefectiblemente te encontrarás a ti
mismo, y ésa, sólo ésa, puede ser la más
feliz o la más amarga de tus horas.

Pablo Neruda

RESUMEN

El tipo de estudio realizado fue descriptivo Retrospectivo de corte transversal, establecer la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017. Los resultados muestran: se logró conocer la prevalencia del nivel de dependencia funcional en la realización de ABVD de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial Lima durante el año 2017. Registrándose que 43 pacientes presentaron dependencia funcional con un 43,0%, mientras que 57 pacientes eran independientes con un 57,0% del total, además la dependencia funcional respecto al tipo de ABVD se dio en funciones corporales con un 53,5% seguido de funciones básicas con un 30,2% y finalmente transferencia con un 16,3%, el tipo de patologías de mayor prevalencia fue parkinson con un 81,4% seguido de Alzheimer con un 13,9% y finalmente con ELA con un 4,7%, respecto a la edad se dio en el rango de 65 a 70 años con un 60,5%, seguido del rango de 71 a 75 años con un 27,9%, y finalmente el rango de 76 a 80 años con un 11,6%, predomina el sexo Masculino con un 58,1%, respecto al programa que asisten fue en acondicionamiento físico con un 62,8%; seguido de psicomotricidad con un 27,9% y finalmente con expresión corporal y gesticulación con un 9,3%, el tiempo de asistencia se dio en los que asistieron 1 año con un 53,5%, seguido los que asistieron 6 meses con 30,2% y finalmente los que asistieron 2 años con un 16,3%.

Palabras Clave: Neurodegenerativo; Dependencia funcional; Parkinson; Alzheimer; Psicomotricidad.

ABSTRACT

The type of study performed was descriptive Retrospective cross-section, establish the prevalence of functional dependence in the performance of basic daily life activities of patients attending neurodegenerative programs of a parish center, Lima 2017. The results show: it was possible to know the prevalence of the level of functional dependence in the performance of ABVD of patients attending neurodegenerative programs of a Lima parish center during the year 2017. It was recorded that 43 patients presented functional dependence with 43.0%, while 57 patients were independent with a 57.0% of the total, in addition functional dependence on the type of BADL occurred in bodily functions with 53.5% followed by basic functions with 30.2% and finally transfer with 16.3%, the type of pathologies with the highest prevalence was Parkinson's with 81.4% followed by Alzheimer's with 13.9% and finally with ALS with 4.7%, with respect to the ad occurred in the range of 65 to 70 years with 60.5%, followed by the range of 71 to 75 years with 27.9%, and finally the range of 76 to 80 years with 11.6%, dominated Male sex with 58.1%, compared to the program they attended was in physical conditioning with 62.8%; followed by psychomotricity with 27.9% and finally with corporal expression and gesticulation with 9.3%, attendance time was given in those who attended 1 year with 53.5%, followed by those who attended 6 months with 30 , 2% and finally those who attended 2 years with 16.3%.

Palabras Clave: Neurodegenerative; Functional dependence; Parkinson; Alzheimer's; Psychomotor.

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
LISTA DE TABLAS	6
LISTA DE FIGURAS.....	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1 Planteamiento del problema	9
1.2 Formulación del problema	11
1.2.1 Problema General	11
1.2.2 Problemas específicos	11
1.3 Objetivos de la investigación	12
1.3.1 Objetivo general	12
1.3.2 Objetivos Específicos.....	12
1.4 Justificación	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1 Bases Teóricas.....	15
2.1.1 Actividades de vida diaria en el adulto mayor:	15
2.1.2 Actividades de vida diaria (AVD).....	15
2.1.3 Clasificación de Actividades de vida diaria (AVD):.....	15
2.1.4 Capacidad funcional.....	16
2.1.5 Enfermedades Neurodegenerativas.....	16
2.1.6 Beneficios de realizar actividad Física	17
2.2 Antecedentes de la Investigación	19

2.2.1	Antecedentes internacionales	19
2.2.2	Antecedentes nacionales	21
CAPÍTULO III:	METODOLOGÍA.....	23
3.1	Diseño del Estudio.....	23
3.2	Población.....	23
3.2.1	Criterios de Inclusión.....	23
3.2.2	Criterios de Exclusión	24
3.3	Muestra.....	24
3.4	Operacionalización de Variables	25
3.5	Procedimientos y Técnicas.....	26
3.6	Plan de análisis de datos.....	26
CAPÍTULO IV:	RESULTADOS ESTADÍSTICOS	27
4.1	Resultados.....	27
4.1.1	Características de la muestra.....	27
4.1.2	Prevalencia de dependencia funcional en la realización de ABVD de la muestra.	28
4.1.3	Prevalencia de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo de ABVD.	29
4.1.4	Prevalencia de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo de patologías.....	30
4.1.5	Prevalencia de dependencia funcional de la muestra por grupos etáreos.....	31
4.1.6	Prevalencia de dependencia funcional de la muestra por sexo	32

4.1.7	Prevalencia de dependencia funcional de la muestra según programas que asisten.....	33
4.1.8	Prevalencia de dependencia funcional de la muestra por tiempo de asistencia.	34
4.2	Discusión de Resultados	35
4.3	Conclusiones	37
4.4	Recomendaciones.....	39
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
	ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	44
	ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	45

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Edad de la muestra.....	27
Tabla 2: Prevalencia de dependencia funcional en la realización de ABVD de la muestra.	28
Tabla 3: Prevalencia de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo de actividades.	29
Tabla 4: Prevalencia de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo de patologías.....	30
Tabla 5: Distribución por grupos etáreos	31
Tabla 6: Distribución de la muestra por sexo.....	32
Tabla 7: Distribución de la muestra programas que asisten.....	33
Tabla 8: Distribución de la muestra por tiempo de asistencia.....	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Prevalencia de dependencia funcional en la realización de ABVD de la muestra.	28
Figura 2: Prevalencia de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo de actividades.	29
Figura 3: Prevalencia de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo de patologías.....	30
Figura 4: Distribución de la muestra por grupos etáreos.	31
Figura 5: Distribución de la muestra por sexo.	32
Figura 6: Distribución de la muestra según programas que asisten.....	33
Figura 7: Distribución de la muestra por tiempo de asistencia.	34

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se está produciendo un incremento de enfermedades crónicas y neurodegenerativas en la población mayor de 60 años. Las cuales pueden influir en la capacidad para realizar las actividades de vida diaria y, por tanto, mermar el nivel de dependencia funcional. Como consecuencia de la dependencia, este grupo etario tiene que enfrentarse a una serie de cambios, que repercuten en el estado emocional y en la satisfacción con la vida. Datos actuales señalan que las limitaciones para desarrollar las ABVD y los impedimentos físicos tienen un impacto considerable en el nivel de dependencia (1). En el estado emocional y en la posibilidad de desarrollar trastornos psicológicos como depresión y ansiedad, así como, en las condiciones de vida y el apoyo social o de la familia (2).

Cabe resaltar que las enfermedades neurodegenerativas no tienen un tratamiento etiológico, las actuaciones terapéuticas solo pueden ser sintomáticas en algunos casos y paliativas en todos ellos. Estas patologías generan un aumento de la dependencia para las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria, y en ocasiones, se ve afectada la autonomía personal, es por ello la importancia de desarrollar talleres con un enfoque terapéutico con la finalidad de mejorar y/o preservar la función y retrasar el proceso degenerativo. Las repercusiones socioeconómicas, se ven reflejadas en la incapacidad laboral y gran gasto económico por la atención social y sanitaria de todas estas personas (3).

CAPITULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Las enfermedades neurodegenerativas (END) incluyen numerosos procesos, que están adquiriendo un gran protagonismo dada su alta prevalencia y coste social, debido al envejecimiento de la población, se caracterizan por ser hereditarias o adquiridas, en las que se produce una disfunción progresiva del Sistema Nervioso Central (SNC). De acuerdo con el National Institute of Neurological Disorder and Stroke Study (NINDSS), hay más de 600 END entre las que destacan por su alta prevalencia y gravedad, la Enfermedad de Alzheimer (EA), la Enfermedad de Parkinson (EP), la Enfermedad de Huntington (EH), la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) (4).

La mayoría de estas enfermedades se caracterizan por un mecanismo patogénico común consistente en agregación y acumulación de proteínas mal plegadas que se depositan en forma de agregados intracelulares o extracelulares y producen la muerte celular. Cada enfermedad se caracteriza por presentar una vulnerabilidad selectiva neuronal a nivel del SNC, lo que condiciona la degeneración de áreas concretas, produciendo los síntomas correspondientes de la pérdida de función de las mismas (5).

España detalla que hay unos 400.000 enfermos, cifra que se podría cuadruplicar en los próximos 50 años. Este aumento en el número de afectados podría tener graves consecuencias, no sólo para los enfermos y sus familiares, sino también para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (6).

América latina y el caribe la prevalencia de patologías neurodegenerativas es alta, entre 6,0 y 6,5 por cada 100 adultos de 60 años y más, con un estimado de crecimiento en el número de personas con demencia entre el 2001 y el 2040 del 77 % en los países del cono sur americano (Argentina y Chile) y de 134 a 146 % de incremento en el resto de América Latina, por lo que sobrepasará al de cualquier otra región del mundo (7,8).

Unos 3,000 nuevos casos de párkinson se presentan cada año en el Perú y cada vez crece el diagnóstico en personas jóvenes, señaló el neurólogo Danilo Sánchez Coronel, jefe del Departamento de Enfermedades Neurodegenerativas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN), así mismo detalla que durante el año 2017, el INCN registró 900 atenciones en consulta externa y 88 hospitalizaciones, mayormente de pacientes referidos de otros establecimientos de salud por dificultades en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Es por ello que el participar de talleres fisioterapéuticos puede mejorar la discapacidad de los pacientes con enfermedades degenerativas. Ya que el objetivo es reducir la carga que supone la enfermedad y procurar mantener la máxima funcionalidad del paciente en lo referente a autonomía e independencia, disminuir las complicaciones secundarias, a través de reducción del movimiento en el contexto de un programa de educación y apoyo para el paciente, a través de diversas técnicas de tratamiento, fundamentalmente ejercicios activos de la movilidad (9).

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

PG. Cuál es el nivel de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017?

1.2.2 Problemas específicos

P1. ¿Cuál es la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según el tipo de patología?

P2. ¿Cuál es la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según edad?

P3. ¿Cuál es la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según sexo?

P4. ¿Cuál es la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según el programa al que asiste?

P5. ¿Cuál es la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a

programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según el tiempo de asistencia?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

OG. Establecer la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017.

1.3.2 Objetivos Específicos

O1. Determinar la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según el tipo de patología.

O2. Determinar la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según edad.

O3. Establecer la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según sexo.

O4. Establecer la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que

asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según el programa al que asiste.

O5. Determinar la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según el tiempo de asistencia.

1.4 Justificación

El envejecimiento de la población mundial es un proceso sin precedentes en la historia de la humanidad y una fuente de complejidad para la provisión de asistencia sanitaria y social desde la perspectiva de salud pública (10). El aumento de la longevidad y la supervivencia ha provocado un incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas debido a esto, la mayor parte de estas enfermedades siguen siendo incurables, estando el objetivo terapéutico centrado actualmente en prevenir o retrasar su aparición, y en alargar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes tras el diagnóstico. A pesar de nuestro desconocimiento actual sobre el origen de esas patologías, los estudios estadísticos sí muestran una clara relación de algunas de ellas con la edad (11). Es por ello que la finalidad de esta investigación fue establecer la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017. Con los resultados obtenidos se pretende mostrar la relevancia de la participación de esta población a diversos programas con fundamento fisioterapéutico y rehabilitador.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 Bases Teóricas

2.1.1 Actividades de vida diaria en el adulto mayor:

Los adultos mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades de vida diaria participando en aquellas que aseguren su cuidado personal, las cuales se consideran un ingrediente básico de la vida. Sin embargo, también pueden involucrarse en más que actividades esenciales y tomar parte en el medio ambiente externo e involucrándose en actividades que los enriquecen (12).

2.1.2 Actividades de vida diaria (AVD)

Las AVD son elementos claves para medir la calidad de vida y el estatus funcional en el adulto mayor. Las cuales versan sobre un conjunto de tareas cotidianas comunes que se requieren para el autocuidado personal y una vida independiente (13).

2.1.3 Clasificación de Actividades de vida diaria (AVD):

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): dichas actividades se refieren al mantenimiento personal en términos de supervivencia física (alimentarse, continencia, movilidad y traslado, uso del excusado, vestirse y bañarse) (14).

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): que se refieren a mantenimiento personal en términos de supervivencia cultural (la capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparar comida, cuidar el hogar, lavar

ropa, usar medios de transporte, asumir la responsabilidad de la medicación y manejar asuntos económicos) (15).

Actividades sociales: Trabajo, actividades de ocio y actividades sociales, que aluden a actividades comunitarias y auto-enriquecedoras (establecer contacto con niños, vecinos, amigos y familiares, salir de viaje participar en grupos de adultos mayores, cuidar enfermos, recibir clases de manualidades, participar actividades de la iglesia, leer libros o periódicos, ver la televisión, escuchar la radio) (16).

2.1.4 Capacidad funcional

Competencia que tiene la persona para realizar actividades de la vida diaria sin la necesidad de supervisión o de ayuda; además, se relaciona con la habilidad para ejecutar tareas en su contexto, las cuales implican un grado de complejidad. Usualmente, este concepto es medido en el campo físico, o sea, por la evaluación de la capacidad de realizar las actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria (17,18).

2.1.5 Enfermedades Neurodegenerativas

Dentro de las variables de estudio se consideraron las siguientes patologías neurodegenerativas.

Alzheimer (EA): Enfermedad neurodegenerativa que conlleva una pérdida importante de las capacidades cognitivas con una prevalencia de 50% y un 70% de los casos. Sus efectos fisiológicos están caracterizados por una pérdida de volumen cerebral y bajos niveles de algunos neurotransmisores importantes (19). Los síntomas están relacionados con pérdidas de memoria,

progresando gradualmente hasta incapacitar completamente a los afectados para poder llevar una vida autónoma ya que presentan dificultad de resolver problemas, completar tareas domésticas cotidianas, cometen errores semánticos al hablar o tomar decisiones equivocadas, así como cambios en el carácter y en la personalidad (20).

Parkinson (EP): Caracterizada por problemas motores diversos como temblor en reposo, lentitud en los movimientos voluntarios, dificultad de pronunciación al hablar o debilidad muscular, es crónica y progresiva relacionada con la ausencia de dopamina y otros neurotransmisores. Por ello es importante combinar la farmacología, fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional para minimizar el impacto en los pacientes (21).

Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA): es la enfermedad de neurona motora más frecuente entre los adultos. Es una enfermedad neurodegenerativa, debilitante y progresiva que afecta a las neuronas motoras superiores e inferiores. Aunque puede darse en personas jóvenes, la edad media de inicio se encuentra entre los 50-60 años, con un pico de incidencia a los 70-75 años y una disminución de la incidencia en edades superiores. Más del 50% de los casos afecta a personas en edad laboral, plenamente productivas. En la actualidad no tiene cura conocida, siendo su tratamiento de carácter paliativo. El tiempo de supervivencia está estimado en 5 años desde el inicio de la enfermedad (22).

2.1.6 Beneficios de realizar actividad Física

La actividad física debe ser parte de la vida diaria de las personas mayores. Desafortunadamente la mayoría de ellos no realiza suficiente

actividad física. Esto puede contribuir a la disminución de las funciones físicas y mentales y predisponer a los ancianos a contraer enfermedades asociadas a la inactividad como las del corazón, diabetes y cáncer. Es por ello que la actividad física contribuye a que las personas mayores se sientan mejor y disfruten más de la vida. Aún las personas que utilizan una silla de ruedas o que se encuentran en situación de dependencia severa, pueden hacer ejercicios para aumentar su flexibilidad desde su silla o cama. Los ejercicios realizados en forma permanente mejoran la calidad de vida a las personas con problemas reumatológicos, respiratorios, cardiovasculares, diabetes, neurodegenerativos, además de prevenir caídas que pueden llevar a la dependencia (23).

2.2 Antecedentes de la Investigación

2.2.1 Antecedentes internacionales

Estudio realizado en Chile (2010). Actividades básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados. Cuyo fue determinar la asociación entre el grado de funcionalidad de las ABVD y los factores sociodemográfica y de salud involucrados. Los resultados muestran que en relación a ABVD, el 70,1% puede realizarlas de manera independiente, el 12,4% con escasa dependencia y un 17,5% con dependencia moderada. Las ABVD que presentaron mayor alteración correspondieron a “subir y bajar escalones” (22%), “desplazarse” (9%) y “trasladarse entre la silla y la cama” (7%). Se concluye que, siguiendo la tendencia nacional e internacional, prevalece la autovalencia por sobre la dependencia, escenario que proporciona posibilidades de intervenciones preventivas y de Promoción que prolonguen la autonomía, mejorando la calidad de vida para las personas mayores (24).

Estudio realizado en España (2016). Nivel de actividad física y funcionalidad en adultos mayores. El presente estudio aborda la temática del adulto mayor enfocado en el contexto de la importancia de la práctica de actividad física de manera sistemática y la funcionalidad, se evaluaron 60 adultos mayores, 21 mujeres y 39 hombres participantes de la Clínica Kinésica de la Universidad Santo Tomás, Sede Valdivia. El objetivo central de la investigación fue describir las variables actividad física y funcionalidad en adultos mayores activos pertenecientes a programas físicos de rehabilitación integral. Los resultados obtenidos exponen que la funcionalidad, un 91.7%

(n:55), se clasifica dentro de categorías de independiente y un 8.3% (n:5) en dependencia leve. En cuanto al nivel de actividad física, 51.6% (n:31), se ubicó dentro del nivel moderado; un 36.7% (n:22) en nivel bajo o inactivo y un 11.7% (n:7) presentó un nivel alto de actividad física. Los resultados arrojados invitan a concluir que existen beneficios a nivel descriptivo en las variables de actividad física y funcionalidad en adultos mayores a pesar del proceso de envejecimiento (25).

Estudio realizado en el salvador (2017). Beneficios de la terapia ocupacional, en pacientes que asisten a la Asociación de Alzheimer, San Miguel, en el año 2017. La muestra de 5 personas de ambos sexos con diagnóstico de Alzheimer, obteniendo resultados satisfactorios en cada uno de los pacientes ya que se logró mantener las capacidades cognitivas que el individuo tenía desde un inicio y, a la vez rescatar ciertas funciones que se encontraban retraídas, logrando incluso una mejor integración del paciente para cumplir determinadas actividades de la vida diaria, cabe mencionar que a través de la confianza que se fue generando durante la ejecución de este proceso la comunicación y socialización mejoró de forma favorable en cada uno de los pacientes que fueron parte del proyecto. Esta investigación se realizó con el objetivo de mantener las funciones cognitivas y ralentizar el avance de la enfermedad en sus diferentes etapas, durante el proceso de ejecución se llevó a cabo una investigación cuantitativa la cual nos permitió registrar y analizar los datos obtenidos de una evaluación inicial y compararlos con una evaluación final, pudiendo concluir que la terapia ocupacional produce

beneficios a las personas con enfermedad de Alzheimer y de alguna forma también a sus familiares (26).

2.2.2. Antecedentes nacionales

Estudio realizado en Lima (2018). Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida Del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018. Objetivo: Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018. Material y métodos: El tipo de estudio fue cuantitativo y el diseño de estudio correlacional y de corte transversal, la población fue de 120 y la muestra de 50 adultos mayores, el instrumento utilizado fue la encuesta, Test Mini Mental y el SF36. Resultados: Se observó que los adultos mayores tienen deterioro cognitivo moderado con un 70%; en cuanto a sus dimensiones como orientación en el tiempo tuvo un 84%, orientación en el espacio 58%, lenguaje/nominación 46% y atención/cálculo 46%; por otro lado la Calidad de vida se evidenció que la categoría que prevaleció es la promedio con un 88%, en relación a sus dimensiones la función física presentó un 74%, dimensión Dolor corporal 80%, dimensión Salud general 60%, dimensión Vitalidad 86 %, dimensión Función social 70 %, dimensión a Salud mental 78 %, dimensión transición de la salud 70 % dando así un resultado de una calidad de vida alta. Para establecer la relación entre Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado que dio un resultado de 0,337 lo cual no existe relación significativa entre ambas variables. Conclusión: El estudio concluyó que no existe relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de

vida, en su mayoría de los adultos mayores tiene deterioro cognitivo moderado y calidad de vida promedio (27).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño del Estudio

Estudio Descriptivo Retrospectivo de Tipo Transversal

3.2 Población

La población de estudio estuvo constituida por registro de datos de todos los adultos mayores que participan de programas fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del centro parroquial Nuestra Señora de Lourdez del distrito de San Martín de Porres durante el Año 2017, los cuales presentan parkinson, ELA, alzheimer (N=100).

3.2.1 Criterios de Inclusión

- Registro de datos completos de todos los adultos mayores que participan de programas fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del centro parroquial Nuestra Señora de Lourdez del distrito de San Martín de Porres durante el Año 2017.
- Adultos mayores cuyo rango de edades comprenden de 65 a 80 años.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores que presentaron Parkinson, ELA, alzheimer.
- Adultos mayores que estén inscritos por lo menos en un taller.
- Adultos mayores de que asistan como mínimo entre 6 y 12 meses a un taller.

3.2.2 Criterios de Exclusión

- Registro de datos incompletos de todos los adultos mayores que participan de programas fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del centro parroquial Nuestra Señora de Lourdez del distrito de San Martín de Porres durante el Año 2017.
- Adultos mayores que no presentaron dependencia funcional.
- Adultos mayores que no estén inscritos por lo menos en un taller.
- Adultos mayores derivados de otras sedes del CIAM.
- Adultos mayores que presentaron Parkinson, ELA, Alzheimer.

3.3 Muestra

Se llegó a la muestra a través de los criterios de selección. Se logró estudiar los datos de 43 adultos mayores que participan de programas fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del centro parroquial Nuestra Señora de Lourdez del distrito de San Martín de Porres durante el Año 2017, los cuales presentan Parkinson, ELA, Alzheimer. Se utilizaró el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple.

3.4 Operacionalización de Variables

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Dependencia funcional en la realización de ABVD	Dificultad para realizar actividades cotidianas de la vida diaria.	Registro de datos	Binaria	Presenta No presenta
VARIABLES SECUNDARIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Patología de base	Síntomas asociados a la enfermedad de Parkinson	Ficha de recolección de datos	Nominal	Parkinson Alzheimer ELA
Edad	Tiempo de vida de en años.	Documento Nacional de Identidad (D.N.I)	Discreta	Números entre 65 a 80 años.
Sexo	Identidad biológica y genética que divide a los seres humanos en mujer u hombre.	Documento Nacional de Identidad D.N.I)	Binaria	Masculino Femenino
Tipo de programa fisioterapéutico	Acción que desarrolla un ser vivo o una entidad con fines recreativos y saludables	Ficha de Recolección de Datos	Nominal	Psicomotricidad Acondicionamiento físico. Expresión corporal y gesticulación.
Tiempo de asistencia	Numero de repeticiones de estar presente en un lugar	Ficha de Recolección de Datos	Nominal	6 meses 12 meses 2 años

Fuente: Elaboración propia.

3.5 Procedimientos y Técnicas

Se solicitó el permiso correspondiente a la coordinación del despacho parroquial Nuestra Señora de Lourdes del distrito de San Martín de Porres a través de una carta de presentación avalada por la universidad Alas Peruanas, para poder acceder a la base de datos de los talleres del mismo modo el ingreso al archivo documentario con la finalidad de recolectar datos de los adultos mayores con base patológica de enfermedad de Parkinson, ELA Y alzhéimer para recopilar toda esta información mediante la ficha de recolección de datos. Para garantizar la confidencialidad de los datos registrados estos se colocarán en un sobre cerrado hasta el momento de su digitación. Cada formulario tendrá un código correspondiente al nombre del participante y será almacenado en una base de datos digital; solo el investigador tendrá acceso a esta información.

3.6 Plan de análisis de datos

Se utilizó la estadística descriptiva en las diferentes etapas del análisis estadístico, que se realizaran mediante el software SPSS 23, para calcular los diferentes estadígrafos: Medias, Desviación Estándar, para las tablas de frecuencia y análisis de contingencia para los gráficos del sector.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS

4.1 Resultados

Los resultados estadísticos que a continuación se detallan, corresponden a la dependencia funcional en la realización de ABVD en pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial lima 2017.

4.1.1 Características de la muestra

Edad de la muestra

Tabla 1: Edad de la muestra

Características de la edad	
Muestra	43
Media	70,25
Desviación estándar	± 3,69
Edad mínima	65
Edad máxima	80

Fuente: Elaboración propia.

La muestra, formada por 43 pacientes presentaban dependencia funcional de un centro parroquial durante el 2017. Presentaron una edad promedio de 70,25 años, con una desviación estándar o típica de ± 3,69 años y un rango de edad que iba desde los 65 a 80 años.

4.1.2 Prevalencia de dependencia funcional en la realización de ABVD de la muestra.

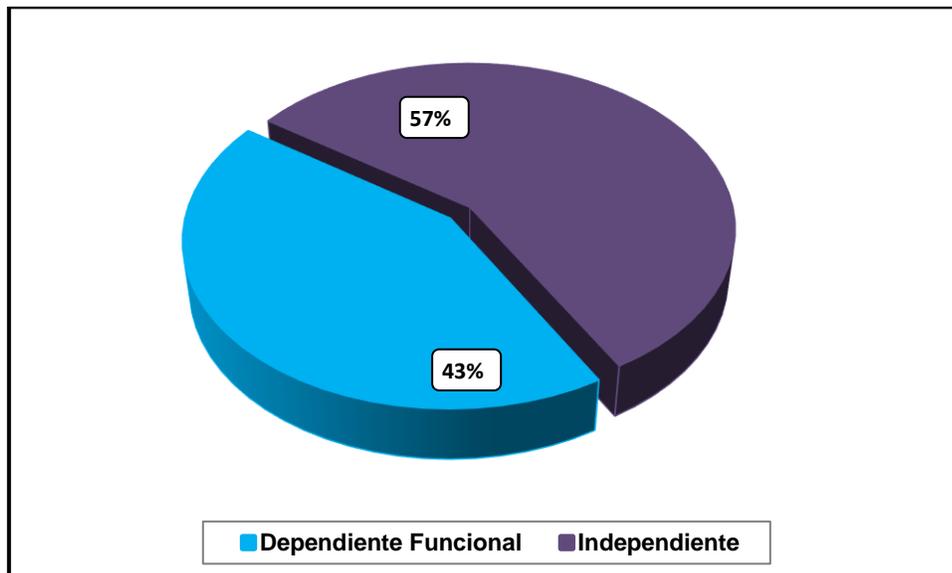
Tabla 2: Prevalencia de dependencia funcional en la realización de ABVD de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente funcional	43	43,0	43,0
Independientes	57	57,0	100,0
Total	100	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 2. Presenta la distribución de la muestra respecto a la prevalencia de dependencia funcional en la realización de ABVD en pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial lima 2017. 43 pacientes presentaron dependencia funcional con un 43,0%, mientras que 57 pacientes eran independientes con un 57,0% del total.

Figura 1: Prevalencia de dependencia funcional en la realización de ABVD de la muestra.



La figura 1 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.3 Prevalencia de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo de ABVD.

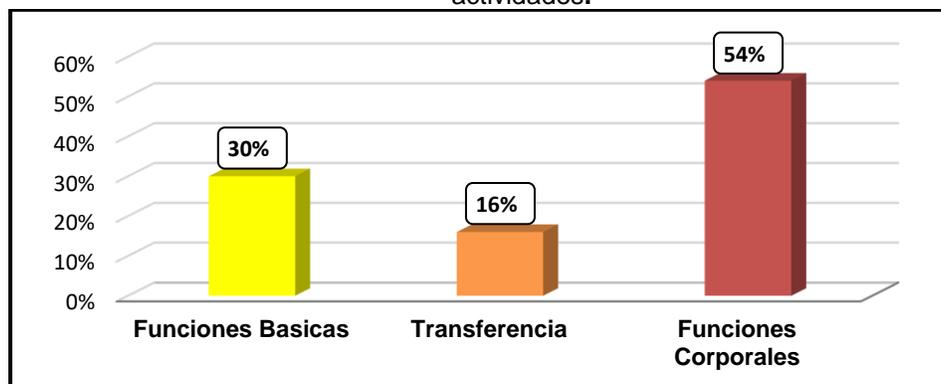
Tabla 3: Prevalencia de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo de actividades.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Funciones Básicas (alimentación, lavado, vestido, aseo personal, uso de retrete)	13	30,2	30,2
Transferencia (De cuerpo deambulación, dificultad al subir y bajar escaleras)	7	16,3	46,5
Funciones Corporales (Deposición y micción)	23	53,5	100,0
Total	43	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 3 presenta la distribución de la muestra por tipo de actividades. 13 pacientes de un centro parroquial durante el 2017 presentaron funciones básicas, 7 pacientes presentaron transferencia de cuerpo y 23 pacientes presentaron funciones corporales. Se observa que la prevalencia de dependencia funcional respecto al tipo de actividad fue en funciones corporales con un 53,5% seguido de funciones básicas con un 30,2% y finalmente con transferencia con un 16,3%.

Figura 2: Prevalencia de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo de actividades.



La figura 2 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.4 Prevalencia de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo de patologías.

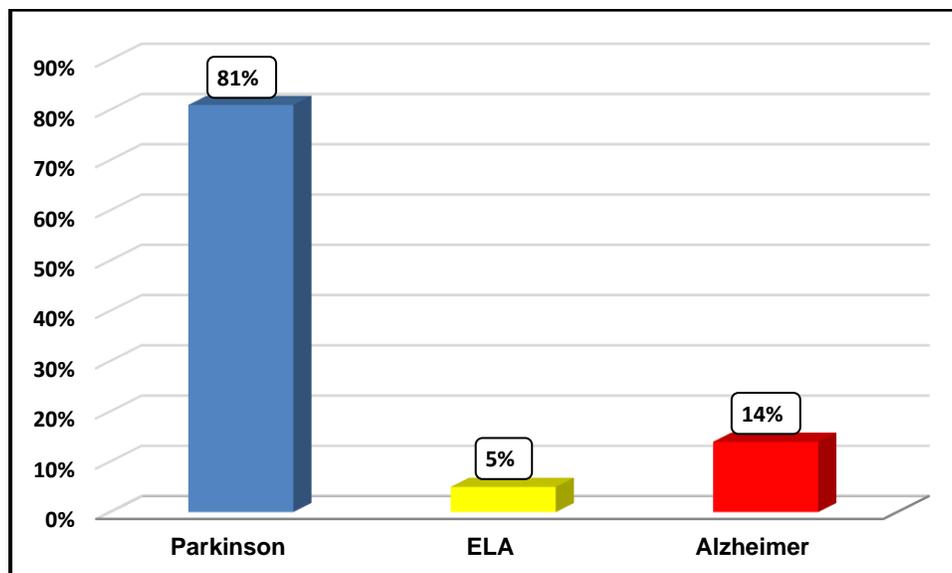
Tabla 4: Prevalencia de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo de patologías.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Parkinson	35	81,4	81,4
ELA	2	4,7	86,1
Alzheimer	6	13,9	100,0
Total	43	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 4 presenta la distribución de la muestra por tipo de patologías. 35 pacientes de un centro parroquial durante el 2017 presentaron parkinson, 2 pacientes presentaron ELA y 6 pacientes presentaron Alzheimer. Se observa que la prevalencia de dependencia funcional respecto al tipo de patologías fue en parkinson con un 81,4% seguido de Alzheimer con un 13,9% y finalmente con ELA con un 4,7%.

Figura 3: Prevalencia de dependencia funcional de la muestra respecto al tipo de patologías.



La figura 3 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.5 Prevalencia de dependencia funcional de la muestra por grupos etáreos.

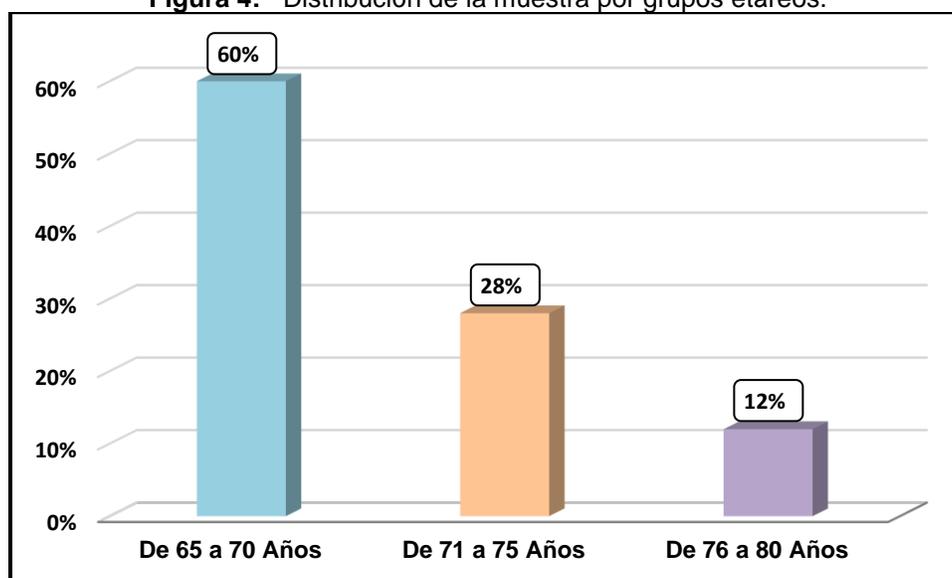
Tabla 5: Distribución por grupos etáreos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
De 65 a 70 Años	26	60,5	60,5
De 71 a 75 Años	12	27,9	88,4
De 76 a 80 Años	5	11,6	100,0
Total	43	100,0	

Fuente: *Elaboración Propia.*

La tabla 5 presenta la distribución de la muestra por grupos etáreos, 26 pacientes de un centro parroquial tenían entre 65 a 70 años de edad; 12 pacientes tenían entre 71 a 75 años de edad y 5 pacientes tenían entre 76 a 80 años de edad. Se observa que la prevalencia de dependencia funcional respecto a la edad se dio en el rango de 65 a 70 años con un 60,5%, seguido del rango de 71 a 75 años con un 27,9%, y finalmente el rango de 76 a 80 años con un 11,6%.

Figura 4: Distribución de la muestra por grupos etáreos.



La figura 4 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.6 Prevalencia de dependencia funcional de la muestra por sexo

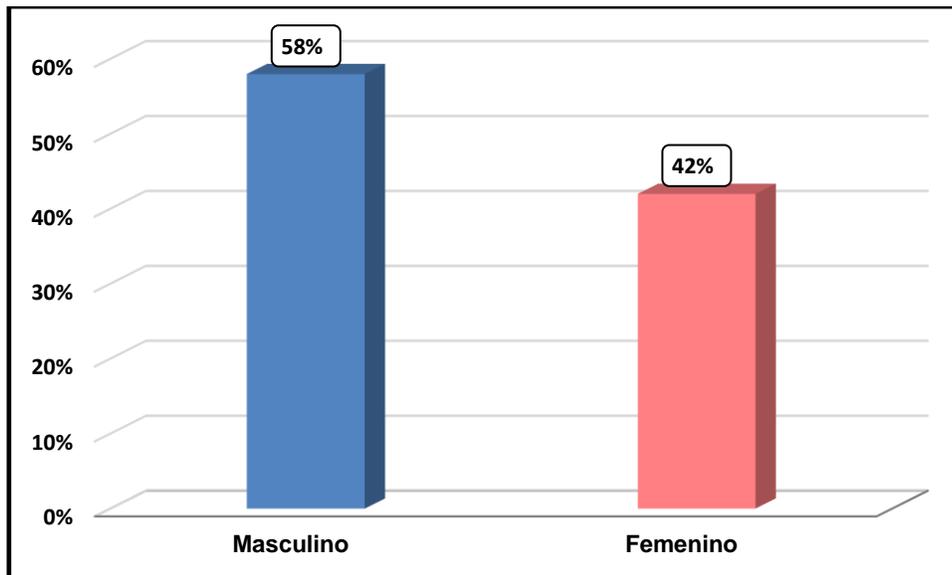
Tabla 6: Distribución de la muestra por sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	25	58,1	58,1
Femenino	18	41,9	100,0
Total	43	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 6 presenta la distribución de la muestra por sexo, 25 pacientes de un centro parroquial durante el 2017 fueron del sexo Masculino y 18 pacientes fueron del sexo Femenino. Se observa que la prevalencia de dependencia funcional respecto al sexo predomina el sexo Masculino con un 58,1 y el femenino con 41,9%.

Figura 5: Distribución de la muestra por sexo.



La figura 5 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.7 Prevalencia de dependencia funcional de la muestra según programas que asisten.

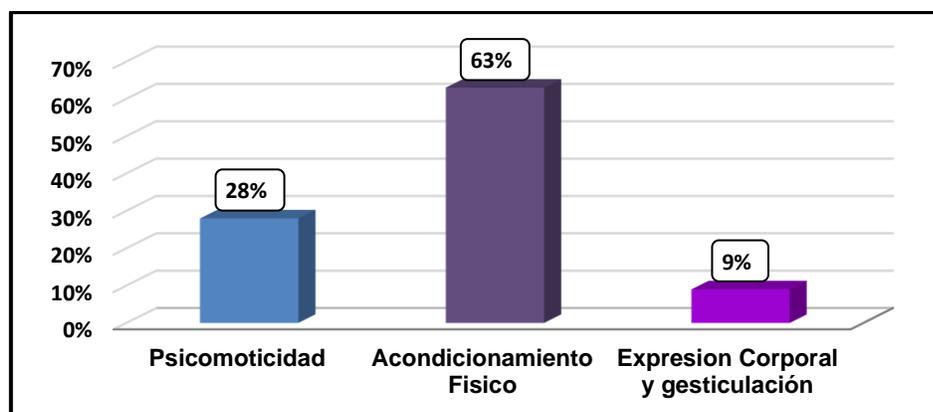
Tabla 7: Distribución de la muestra programas que asisten.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Psicomotricidad	12	27,9	27,9
Acondicionamiento físico	27	62,8	90,7
Expresión Corporal y Gesticulación	4	9,3	100,0
Total	43	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 7 presenta la distribución de la muestra según programas que asisten. 12 pacientes de un centro parroquial durante el 2017 participaron al programa de psicomotricidad, 27 pacientes participaron al programa de acondicionamiento físico y 4 pacientes participaron del programa expresión corporal y gesticulación. Se observa que la prevalencia de dependencia funcional respecto al programa que asisten fue en acondicionamiento físico con un 62,8%; seguido de psicomotricidad con un 27,9% y finalmente con expresión corporal y gesticulación con un 9,3%.

Figura 6: Distribución de la muestra según programas que asisten.



La figura 6 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.8 Prevalencia de dependencia funcional de la muestra por tiempo de asistencia.

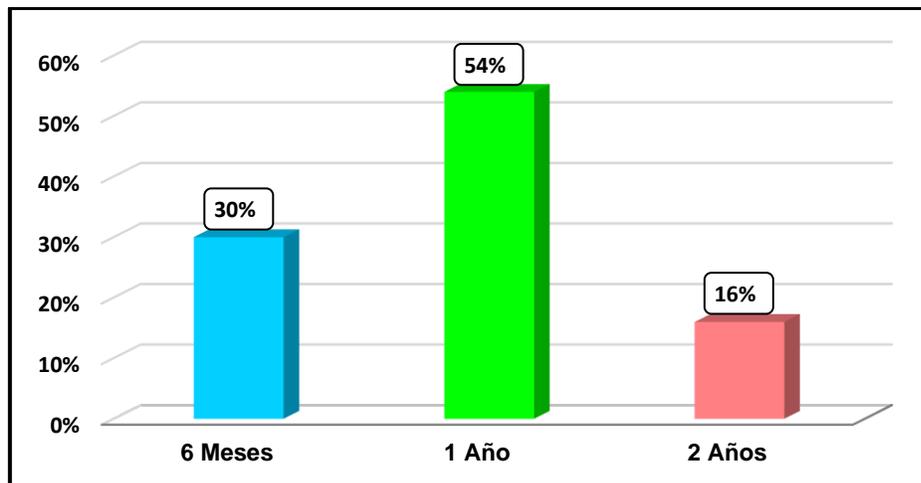
Tabla 8: Distribución de la muestra por tiempo de asistencia.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
6 Meses	13	30,2	17,9
1 Año	23	53,5	56,6
2 Años	7	16,3	100,0
Total	43	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 8 presenta la distribución de la muestra por tiempo de asistencia, 13 pacientes de un centro parroquial asistieron 6 meses, 23 pacientes asistieron 1 año y 7 pacientes asistieron 2 años. Se observa que la prevalencia de dependencia funcional con respecto al tiempo de asistencia se dio en los que asistieron 1 año con un 53,5%, seguido los que asistieron 6 meses con 30,2% y finalmente los que asistieron 2 años con un 16,3%.

Figura 7: Distribución de la muestra por tiempo de asistencia.



La figura 7 presenta los porcentajes correspondiente.

4.2 Discusión de Resultados

Estudio realizado en Chile en el año 2010. Actividades básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados. Los resultados muestran que en relación a ABVD, el 70,1% puede realizarlas de manera independiente, el 12,4% con escasa dependencia y un 17,5% con dependencia moderada. Las ABVD que presentaron mayor alteración correspondieron a “subir y bajar escalones” (22%), “desplazarse” (9%) y “trasladarse entre la silla y la cama” (7%). En comparación con los resultados de nuestro estudio se logró conocer la prevalencia del nivel de dependencia funcional en la realización de ABVD de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial lima 2017, fue de 43 pacientes presentaron dependencia funcional con un 43,0%, mientras que 57 pacientes eran independientes con un 57,0% del total así mismo respecto al tipo de ABVD se dio en funciones corporales con un 53,5% seguido de funciones básicas con un 30,2% y finalmente transferencia con un 16,3%.

Estudio realizado en España en el año 2016. Nivel de actividad física y funcionalidad en adultos mayores. Los resultados obtenidos exponen que la funcionalidad, un 91.7% (n:55), se clasifica dentro de categorías de independiente y un 8.3% (n:5) en dependencia leve. En cuanto al nivel de actividad física, 51.6% (n:31), se ubicó dentro del nivel moderado; un 36.7% (n:22) en nivel bajo o inactivo y un 11.7% (n:7) presentó un nivel alto de actividad física. En concordancia con los resultados de este estudio nuestra población respecto a la funcionalidad 43 pacientes presentaron dependencia funcional con un 43,0%, mientras que 57 pacientes eran independientes con

un 57,0% del total de la muestra estudiada y aseverando la importancia de realizar actividad física se muestra que la prevalencia de dependencia funcional respecto al programa que asisten fue en acondicionamiento físico con un 62,8%; seguido de psicomotricidad con un 27,9% y finalmente con expresión corporal y gesticulación con un 9,3%.

Estudio realizado en el salvador en el año 2017. Beneficios de la terapia ocupacional, en pacientes que asisten a la Asociación de Alzheimer, San Miguel, en el año 2017. Esta investigación se realizó con el objetivo de mantener las funciones cognitivas y ralentizar el avance de la enfermedad en sus diferentes etapas, durante el proceso de ejecución se llevó a cabo una investigación cuantitativa la cual nos permitió registrar y analizar los datos obtenidos de una evaluación inicial y compararlos con una evaluación final, pudiendo concluir que la terapia ocupacional produce beneficios a las personas con enfermedad de Alzheimer y de alguna forma también a sus familiares. Basado en esta premisa se estudió pacientes que asisten a talleres neurodegenerativos en programas de acondicionamiento físico con un 62,8%; seguido de psicomotricidad con un 27,9% y finalmente con expresión corporal y gesticulación con un 9,3% con un tiempo de asistencia de 1 año con un 53,5%, seguido los que asistieron 6 meses con 30,2% y finalmente los que asistieron 2 años con un 16,3% esperando mejorar su función y calidad de vida.

4.3 Conclusiones

- Con los resultados obtenidos se logró conocer la prevalencia del nivel de dependencia funcional en la realización de ABVD de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial lima 2017. Registrándose que 43 pacientes presentaron dependencia funcional con un 43,0%, mientras que 57 pacientes eran independientes con un 57,0% del total.
- Se observa que la prevalencia de dependencia funcional respecto al tipo de ABVD se dio en funciones corporales con un 53,5% seguido de funciones básicas con un 30,2% y finalmente transferencia con un 16,3%.
- La prevalencia de dependencia funcional respecto al tipo de patologías fue en parkinson con un 81,4% seguido de Alzheimer con un 13,9% y finalmente con ELA con un 4,7%.
- Se observa que la prevalencia de dependencia funcional respecto a la edad se dio en el rango de 65 a 70 años con un 60,5%, seguido del rango de 71 a 75 años con un 27,9%, y finalmente el rango de 76 a 80 años con un 11,6%.
- Se observa que la prevalencia de dependencia funcional respecto al sexo predomina el sexo Masculino con un 58,1 y el femenino con 41,9%.
- La prevalencia de dependencia funcional respecto al programa que asisten fue en acondicionamiento físico con un 62,8%; seguido de psicomotricidad con un 27,9% y finalmente con expresión corporal y gesticulación con un 9,3%.

- Se observa que la prevalencia de dependencia funcional con respecto al tiempo de asistencia se dio en los que asistieron 1 año con un 53,5%, seguido los que asistieron 6 meses con 30,2% y finalmente los que asistieron 2 años con un 16,3%.

4.4 Recomendaciones

- Se recomienda que los programas neurodegenerativos tengan como objetivo primordial potenciar la actividad muscular, para el buen funcionamiento de las articulaciones, aumentar el volumen respiratorio, reeducar la postura, prevenir trastornos circulatorios, mejorar la movilidad todo ello enfocado en mantener y/o restablecer la autonomía y calidad de vida para las personas mayores.
- Es recomendable que cualquier programa neurodegenerativo se desarrolle acorde a cada característica del paciente, tomando en cuenta la edad, sexo tiempo de evolución, fase de la patología entre otras características.
- El manejo debe ser multidisciplinario y trabajar de la mano con la terapia farmacológica a su recomendar que los ejercicios sean a un ritmo lento, progresivo y rítmico, con pausas para evitar la fatiga, todos con apoyo de un familiar y/o cuidador.
- Hacer partícipe al núcleo familiar mostrándoles que al asistir a estos programas va a mejorar el patrón motor y la capacidad funcional lo cual se verá evidenciado en la mejora para la realización de las ABVD.
- Los talleres deben estar dirigidos a las personas independientes y a su vez a las personas dependientes ya que lo que se busca el mejorar la respiración, disminuir la rigidez, mejorar la postura, mejorar el equilibrio, coordinación, facilitar la marcha y cambios posturales potenciando la función en la realización de las ABVD.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sonn U. Estudios longitudinales de dependencia en actividades de la vida cotidiana en personas mayores. *Scand J. Rehabil. Med.* 1996; Supl 34: 1-35.
2. Barrantes Monge M, García E, Gutiérrez LM, Miguel A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México* 2007; 49(4): 459-466.
3. M. Baquero Toledo, C. Carnero Pardo y M.D. Martínez Lozano. Clasificación. Guía oficial para la práctica clínica en Demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Editores: Jose Luis Molinuevo y Jordi Peña-Casanova.
4. C. Sanchez. Informe del Impacto Sociosanitario de las Enfermedades Neurológicas en España.
5. Robles A1, Del Ser T, Alom J, Peña-Casanova J; Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Neurología* 2002; 17: 17-32.
6. Viñuela Fernández y J. Olazarán Rodríguez. Criterios para el diagnóstico del síndrome de demencia. Guía oficial para la práctica clínica en Demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Editores: Jose Luis Molinuevo y Jordi Peña-Casanova.
7. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Albanese E, Guerra M, Huang Y, et al. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Lancet.* 2009;374(9704):1821-30.

- 8 Libre Rodríguez JJ, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Martín P. Prevalencia de la demencia en América Latina, India y China: una encuesta transversal basada en la población. *Lancet*.2008; 372: 46474. Epub 2008 julio 28. doi: 10.1016 / S0140-6736 (08) 61002-8.
- 9 Ohara T, Hata J, Yoshida D, Mukai N, Nagata M, Iwaki T, et al. Tendencias en la prevalencia, incidencia y tasa de supervivencia de la demencia en una comunidad japonesa. *Neurología* 2017; 88: 1925-32.
- 10 Fiest KM, Roberts JL, Maxwell CJ, Hogan DB, Smith EE, Frolkis A, et al. La prevalencia e incidencia de la demencia debida a la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática y un metanálisis. *Can J Neurol Sci* 2016; 43 (Suppl 1): S51-82.
- 11 Sobocki, P., Jönsson, B., Wittchen, H.-U, y Olesen, J. (2005). Costos de los trastornos del cerebro en Europa. *European Journal of Neurology*, 12 (Suplemento 1).
- 12 Horgas, A., Wilms, H. y Baltes, M. (1998). La vida cotidiana en la vejez. Las actividades cotidianas como expresión del envejecimiento exitoso. *El gerontólogo*, 38 (5), 556-567.
- 13 Acosta, Ch. (2009). Inventario sobre actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria en adultos mayores y su relación con la calidad de vida. En A. L. González-Celis R. (Coord.): *Instrumentos de evaluación en psicogerontología*. México: El Manual Modern.
- 14 Wiener, J., Hanley, R., Clark, R. y Van Nostrand, J. (1990). Medición de las actividades de la vida diaria. Comparaciones entre encuestas nacionales. *Revista de Gerontología*, 45 (6), 229-237.

- 15 Lemon, W., Bengston, V.L. y Peterson, J.A. (1972). Una exploración de la teoría de la actividad del envejecimiento: tipos de actividades y satisfacción con la vida entre los miembros de una comunidad de retiro. *Revista de Gerontología*, 27, 511-523.
- 16 Nourhashémi, F., Andrieu, S., Gillete-Guyonnet, S., Vellas, B., Albaréde, J. y Grand-jean, H. (2001). Las actividades instrumentales de la vida diaria como un marcador potencial de fragilidad. Un estudio de 7,364 mujeres ancianas que viven en la comunidad (el estudio de EPIDOS). *Las revistas de gerontología*, 56 (7), 448-453.
- 17 Lloyd-Aires M, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidad funcional en los últimos tiempos: comparativo en las regiolas de Rio Grande do Sul. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18 (1): 11.
- 18 Zunzunegui MV. Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional. *Gaceta Sanitaria*. 2011;25(supl. 2):12-20.
- 19 Cano R., Macías A.I., Crespo V., Morales M. Escalas de valoración y tratamiento fisioterápico en la enfermedad de Parkinson. *Articulo Fisioterapia* 2004;26(4):203
- 20 Cano R, Vela L, Miangolarra J. C., Maclas Y., Muñoz E. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad de parkinson articulo original. *Medicina*. Buenos Aires. 2010; 70: 503-507
- 21 Lugo L.H, García H. I., Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2006; 24 (2) :38.
- 22 Ruiz M., Pairdo A. Calidad de vida relacionada con la salud definición y

- utilización en la práctica médica. Artículo de revisión. Spanish Research 2005 Articles. 2 (1): 31-43.
- 23 Lara Jaque, Roxana; Pinto Santuber, Cecilia y Espinoza Lavoz, Elen. Actividades básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados. Rev. Chil Salud Pública 2010; Vol. 14 (2-3): 291-310
- 24 Poblete Valderrama, F., Bravo Coronado, F., Villegas Aichele, C., & Cruzar Bravo, E. (2016). Nivel de actividad física y funcionalidad en adultos mayores. *Ciencias De La Actividad Física*, 17(1), 59-65. Recuperado a partir de <http://revistacaf.ucm.cl/article/view/91>.
- 25 Ferrufino Alfaro, Milagro de La Paz y Rodríguez Fuentes, Carla Suleyma (2017) *Beneficios de la terapia ocupacional, en pacientes que asisten a la Asociación de Alzheimer, San Miguel, en el año 2017*". Bachelor thesis, Universidad de El Salvador.
- 26 **Chuquipul Mendoza, Pamela Leonor; Izaguirre Martínez, Carito Maydel** Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida Del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018.<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2575>.

ANEXO 1:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: _____

Fecha: __/__/____

VARIABLES DE ESTUDIO	
1.- Tipo de Patología:	
2.- Edad: _____ años	
3. Sexo:	
Femenino ()	Masculino ()
4.- Tipo de programa fisioterapéutico:	
<ul style="list-style-type: none">• Psicomotricidad• Acondicionamiento físico.• Expresión corporal y gesticulación.	
5.- tiempo de asistencia al programa:	
<ul style="list-style-type: none">• 6 meses• 12 meses• 2 años	

Fuente: Elaboración Propia

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL PG. Cuál es el nivel de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017?</p> <p>PROBLEMA SECUNDARIOS P1. ¿Cuál es la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según el tipo de patología? P2. ¿Cuál es la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según edad? P3. ¿Cuál es la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según sexo? P4. ¿Cuál es la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según el programa al que asiste? P5. ¿Cuál es la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según el tiempo de asistencia?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL OG. Establecer la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017.</p> <p>OBJETIVOS SECUNDARIOS O1. Determinar la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según el tipo de patología. O2. Determinar la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según edad. O3. Establecer la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según sexo. O4. Establecer la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según el programa al que asiste. O5. Determinar la prevalencia de dependencia funcional en la realización de actividades básicas de vida diaria de pacientes que asisten a programas neurodegenerativos de un centro parroquial, lima 2017, según el tiempo de asistencia.</p>	<p>Variable principal Dependencia funcional en la realización de ABVD</p> <p>Variables Secundarias Tipo de patología</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Tipo de programa fisioterapéutico</p> <p>Tiempo de asistencia</p>	<p>Funciones Básicas Transferencia Funciones Corporales</p> <p>Parkinson Alzheimer ELA</p> <p>Rangos de 65 a 80 años</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>Psicomotricidad Acondicionamiento físico.</p> <p>Expresión corporal y gesticulación.</p> <p>6 meses 12 meses</p> <p>2 años</p>	<p>Presenta No presenta</p> <p>Ficha de recolección de datos.</p>	<p>DISEÑO DE ESTUDIO: Estudio Descriptivo retrospectivo de Tipo Transversal.</p> <p>POBLACIÓN: Registro de datos todos los adultos mayores que participan de programas fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del centro parroquial Nuestra Señora de Lourdes del distrito de San Martín de Porres durante el Año 2017, los cuales presentan parkinson, ELA, Alzheimer (N=100).</p> <p>MUESTRA: Se llegó a la muestra a través de los criterios de selección. Se estudió de los criterios de selección. Se logró estudiar los datos de 43 adultos mayores que participan de programas fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del centro parroquial Nuestra Señora de Lourdes del distrito de San Martín de Porres durante el Año 2017, Se usó el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple.</p>

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA