



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**“DETERMINAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS
MAYORES QUE ASISTEN A UN PROGRAMA
FISIOTERAPEUTICO EN EL CIAM – BREÑA 2018”**

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

AUTOR: SAENZ ASMAT KARINA MARIA

ASESOR: LIC. TM. YANET CLOTILDE TOVAR CHUMPITAZ

Lima, Perú

2019

HOJA DE APROBACIÓN

SAENZ ASMAT KARINA MARIA

**“DETERMINAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS
MAYORES QUE ASISTEN A UN PROGRAMA
FISIOTERAPEUTICO EN EL CIAM – BREÑA 2018”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del Título de
Licenciado en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y
Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas

LIMA – PERÚ

2019

DEDICATORIA:

A mi familia: Por todo el apoyo y amor incondicional que me dieron para poder lograr mis metas propuestas y por compartir buenos y malos momentos durante esta etapa en mi vida.

A Dios: Por darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

AGRADECIMIENTO:

Se agradece por su apoyo en el desarrollo de esta
tesis a mis profesores, compañeros.

A todos los adultos Mayores quienes
fueron mi fuente de inspiración y a mi alma Mater
Universidad Alas Peruanas.

EPIGRAFE:

“Si no puedes volar entonces corre,
Si no puedes correr entonces camina,
si no puedes caminar entonces
arrástrate,
pero sea lo que sea que hagas,
sigue moviéndote hacia adelante”.

Martin Luther King Jr.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la capacidad funcional del adulto mayor, que asiste a un programa fisioterapéutico en el CIAM – Breña 2018.

Material y Métodos: la investigación fue de enfoque descriptivo, de tipo descriptivo transversal. La población estuvo conformada por 100 adultos mayores. Se utilizó como instrumento, ficha de recolección de datos índice de Barthel.

Resultados: En cuanto a las características de la muestra, la edad media es de 76, 86 años, predominó el grupo etario de 86 a - 95 años con un 49.09%, el género femenino fue mayor que el masculino, representado con un 78.18%, las patologías asociadas con mayor porcentaje fueron hipertensión con 56.36% conformado por 31 adultos mayores, diabetes con 23.64% con 13 adultos mayores, 8 adultos mayores presentan artrosis equivalente al 14.55% y 3 adultos mayores presentaron alteración de la marcha con un 5.45%

Conclusiones: someter el organismo a un programa de entrenamiento planificado, contribuye a mejorar la capacidad funcional de múltiples sistemas orgánicos; los programas de ejercicio dirigidos a la población mayor pueden generar un ahorro en los costos sanitarios por disminución de caídas, accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio o enfermedades crónicas propias del proceso de envejecimiento, mejorando la capacidad funcional de los adultos mayores.

Palabras Clave: Adulto mayor, programa fisioterapéutico, actividad básica de vida diaria, capacidad funcional.

ABSTRACT

Objective Determining the functional capacity of senior adults that have attended the physiotherapeutic program at the CIAM - Breña 2018.

Material and Methods: This investigation is intended to be a descriptive cross-sectional analysis. The population was comprised of 100 senior adults. The Barthel Index Scoring Form as been used as an instrument.

Results: Regarding the populational sample, the average age is 76, 86 years; the predominant age groups are 86-95 years at 49.09%; females are better represented than males at 78.18%; the most frequent pathologies are hypertension at 56.36% affecting 31 people, diabetes at 23.64% with 13 people affected, 8 seniors have arthrosis representing 14.55% and 3 seniors have shown signs of gait abnormality at 5.45%.

Conclusions: Submitting the organism to a planned entertainment program contributes to bettering the functional capacity of various organic systems; the exercising programs aimed at the senior population can generate savings in sanitary costs by lowering the number of falls, strokes, infarction or chronic illnesses related to aging, improving the overall functional capacity of senior adults.

Keywords: Senior adults, physiotherapeutic program, basic daily activity, functional capacity

INDICE

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| LISTA DE TABLAS | 5 |
| LISTA DE FIGURAS | 5 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| 1.1. Planteamiento del Problema | 7 |
| 1.2. Formulación del Problema..... | 10 |
| 1.2.1. Problema General | 10 |
| 1.2.2. Problemas Específicos | 10 |
| 1.3. Objetivos de la Investigación | 11 |
| 1.3.1. Objetivo General | 11 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos | 11 |
| 2.1. Bases Teóricas | 14 |
| 2.1.2 Adulto mayor | 14 |
| 2.1.3 Fisiología del envejecimiento | 16 |
| 2.1.4 Funcionabilidad | 17 |
| 2.1.5 Capacidad funcional | 18 |
| 2.1.6 Actividades de la vida diaria | 19 |
| 2.1.6.1 Actividades básicas de la vida diaria | 19 |
| 2.1.6.2 Actividades instrumentales de la vida diaria | 19 |
| 2.1.7 Factores de Riesgo | 20 |
| 2.1.8 Beneficios del programa fisioterapéutico | 22 |
| 2.2 Antecedentes de la Investigación | 24 |

| | | |
|---|---|------------|
| 2.2.1 | Antecedentes internacionales | 24 |
| 2.2.2 | Antecedentes Nacionales | 28 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA | | 30 |
| 3.1. | Diseño del Estudio | 30 |
| 3.2. | Población | 30 |
| 3.2.1 | Criterios de Inclusión | 30 |
| 3.3. | Muestra | 31 |
| 3.4. | Operacionalización de Variables:..... | 32 |
| 3.5. | Procedimientos y Técnicas | 33 |
| 3.6 | Aspectos Éticos:..... | 36 |
| 3.7 | Plan de Análisis de Datos..... | 36 |
| CAPITULO IV: RESULTADOS ESTADISTICOS | | 37 |
| 4.1. | Características de la Muestra..... | 37 |
| 4.1.1. | Características de la muestra..... | 37 |
| 4.1.2. | Distribución Etaria de la muestra..... | 38 |
| 4.1.3. | Distribución de la muestra por sexo | 39 |
| 4.1.4. | Distribución de la muestra por patologías asociadas | 40 |
| 4.1.5. | Distribución de la muestra por consumo de fármacos..... | 41 |
| 4.1.6 | Distribución de la muestra por permanencia en el programa | 42 |
| 4.4. | RECOMENDACIONES: | 50 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: | | 51 |
| ANEXO Nº 1 | | 56 |
| ANEXO Nº 2 | | 57 |
| ANEXO Nº 3 | | 58 |
| MATRIZ DE CONSISTENCIA | | 598 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla N° 1: Características de la edad de la muestra | 37 |
| Tabla N° 2: Distribución de la muestra por grupos etarios... .. | 38 |
| Tabla N° 3: Distribución de la muestra por sexo | 39 |
| Tabla N° 4: Distribución por patologías asociadas de la muestra | 40 |
| Tabla N° 5: Distribución por consumo de algunos fármacos | 41 |
| Tabla N° 6: Distribución de la muestra por permanencia en el programa..... | 42 |
| Tabla N° 7: Distribución de la muestra según niveles funcionales básicas..... | 43 |
| Tabla N° 8: Distribución de la muestra según niveles funcionales básicas por grupos de edades..... | 44 |
| Tabla N° 9: Distribución de la muestra según actividades básicas funcionales más afectadas..... | 45 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura N° 1: Distribución de la muestra por grupos etarios..... | 38 |
| Figura N° 2: Distribución de la muestra por sexo..... | 39 |
| Figura N° 3: Distribución por patologías asociadas de la muestra..... | 40 |
| Figura N° 4: Distribución por medicamentos que consume | 41 |
| Figura N° 5: Distribución de la muestra por permanencia en el programa..... | 42 |
| Figura N° 6: Distribución de la muestra según niveles funcionales básicas.... | 43 |
| Figura N° 7: Distribución de la muestra según niveles funcionales básicos por grupos de edades..... | 44 |
| Figura N° 8: Distribución de la muestra según actividades básicas funcionales más afectadas | 45 |

INTRODUCCIÓN

Durante muchos siglos, los ancianos constituyen una pequeña minoría dentro de un mundo que no estaba interesado en estudiar sus problemas cotidianos o de salud y menos en la solución de sus problemas, ni tenía manera de hacerlo, aunque quisiese; lo que históricamente reforzó el criterio pesimista sobre el envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida. Tales cambios producen una limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Sin embargo, es importante distinguir el envejecimiento como un proceso.

Muchos adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico logran buenas condiciones físicas como para poder realizar las tareas cotidianas, y seguir desempeñando un papel activo en la vida comunitaria.

La conservación del máximo nivel de capacidad funcional es tan importante para las personas de edad que les permite tener una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

El envejecimiento biológico es un proceso que comienza cuando hemos llegado a la culminación de nuestras capacidades físicas, disminuye el rendimiento y aparece una pérdida de adaptación de los órganos. En el aparato locomotor se producen alteraciones degenerativas; la capacidad funcional de las articulaciones sufre un gran deterioro, el músculo pierde elasticidad, minerales y agua. El sistema nervioso se altera y disminuye la capacidad de coordinación y concentración; en el sistema cardiovascular los capilares se obstruyen, la cavidad torácica se reduce de manera que la capacidad respiratoria disminuye, por si fuera poco, se experimentan una serie de desajustes psicológicos producto de una sociedad que margina, desatiende y olvida a sus adultos mayores.

La población de adultos mayores está en ascenso a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que entre el 2000 y 2050 la proporción de las personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso del medio siglo y nuestro país no es ajeno a ello; teniendo en cuenta que esta situación se da en un contexto de pobreza, por lo tanto, es de suma importancia la conservación de la salud de este grupo poblacional (1).

Según datos presentados en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la proporción de adultos mayores en la población era de aproximadamente 8% en 1950 y se calcula que para 2050 será de 21% (2).

En Países como España este acontecimiento sigue su proceso natural de envejecimiento. Según los datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2015 hay 8.573.985 personas mayores (65 y más años), el 18,4% sobre el total de la población (46.624.382). El sexo predominante en la vejez es el femenino. Hay un 33% más de mujeres (4.897.713) que de hombres (3.676.272).

La esperanza de vida de la población española tanto al nacer como a los 65 años se encuentra, tanto en hombres como en mujeres, entre las más altas de la Unión Europea (4).

Según las estadísticas de Naciones Unidas, en 2012 el número de personas mayores de 100 años en todo el mundo ascendía a 316.600. Los avances en la medicina y la consecuente mejora de la salud de las personas son el principal factor de una mayor esperanza de vida, de ahí que la población esté envejeciendo a nivel mundial. En la actualidad, la edad media de los habitantes de Japón se sitúa en 45 años, pero se espera que para 2025 supere los 50, algo que también pone de relieve el envejecimiento de la sociedad (5).

El Perú, país en vías de desarrollo, no está exento de este proceso; los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) correspondiente al trimestre julio - agosto – setiembre 2013, revela que las poblaciones mayores de 60 años a más años de edad, denominada personas adultas mayores representan el 9,6% del total de población (el 8,2% son personas adultas de 60 a 79 años de edad y el 1,4% de 80 y más años de edad). Y se calcula que del total de la población para fines del 2025 la población adulto mayor representara el 13,27% (6).

El CIAM de Breña, un lugar de atención para adultos mayores con distintas funcionalidades, aquí los adultos mayores que asisten al programa son dependientes e independientes, entre las edades de 60 a 90 año; basada en esta realidad se realizara dicha investigación.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

Determinar la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM – Breña 2018

1.2.2. Problemas Específicos

P1. ¿Cuál es la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña según permanencia en el programa?

P2. ¿Cuál es la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña según la edad?

P3. ¿Cuál es la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña Según sexo?

P4. ¿Cuál es la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña según las patologías asociadas?

P5. ¿Cuál es la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña según el consumo de algunos fármacos?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Establecer la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos

O1. Establecer la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018, según permanencia en el programa.

O2. Establecer la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018, según edad.

O3. Establecer la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018, según el sexo.

O4. Establecer la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018, según la patología asociada.

O5. Establecer la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018, según el consumo de algunos fármacos.

1.4 Justificación

Este estudio permitirá descubrir la capacidad funcional de un adulto mayor mediante la realización y adaptación a diversas actividades dentro del programa, puesto que la adaptación al envejecimiento no es tarea fácil, se requiere de la participación y el compromiso de los profesionales de salud en el área de Terapia Física y Rehabilitación, ya que son ellos conscientes que la funcionalidad en el adulto mayor constituye el eje principal para los programas orientados a fortalecer el envejecimiento activo; ante el incremento de este grupo poblacional, las enfermedades son un factor preponderante que limitan la capacidad física, mental y social requieren acciones de control que disminuyan la dependencia que contribuye a un deterioro mayor.

Esta problemática es relevante ya que diversas instituciones públicas y privadas, buscan investigar respecto a la situación físico, social y emocional del adulto mayor, para tener en cuenta la importancia de asistir a un programa fisioterapéutico basado en actividad física, actividades lúdicas y recreacionales. Para enfrentar los cambios propios de la edad, se deben conocer los eventos propios de la edad, preservar la función, potenciar las capacidades para mejorar la calidad de vida.

Los resultados obtenidos en esta investigación serán de gran utilidad para evaluar el impacto que generan los programas de actividad física, deporte y recreación en la independencia o dependencia funcional de las personas que asistan al programa fisioterapéutico, para de esta manera construir programas de actividad física, deporte y recreación encaminados hacia el mejoramiento de la independencia funcional de los adultos mayores.

Además, permitirá obtener información acerca de la funcionalidad real que en la actualidad presenta el grupo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas

2.1.1 Concepto sobre envejecimiento

Actualmente son numerosas las definiciones sobre el envejecimiento, con ciertos matices de diferencia dependiendo de la rama en que se observe. Entre algunas definiciones están:

2.1.2 Adulto mayor

La organización mundial de la salud (OMS) considera como adulto mayor a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años. Existen también otros términos que se utilizan para referirse al adulto mayor, que podrían tener el mismo significado, y ello hace difícil definir con exactitud a aquellas personas de 70, 80, 90 o más años de edad (8).

- **Gerontología (gerontos, los más viejos; logia, estudio),** aquella disciplina que se ocupa de lo que normalmente ocurre durante el proceso de envejecimiento y el estudio propio de la vejez. Este fenómeno de envejecimiento de la población, considerado tanto en términos absolutos como relativos, se debe principalmente a tres factores: disminución de la mortalidad, aumento de la esperanza de vida, descenso de la tasa de natalidad (que afecta en mayor medida a algunos países.)

- **En biología**, conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo, y que finalmente conducen a la muerte.
- **En psicología**, empieza en el momento en el que la capacidad físico– psicológica supera su momento más álgido y comienza un paulatino proceso de declive. Debido a que este declive se produce en cada individuo de forma distinta, sólo es posible manifestar generalidades acerca del envejecimiento en sí.

El significado fisiológico, se centra en los sistemas orgánicos y sus interacciones, resaltando el momento en donde comienza una pérdida marcada de la capacidad funcional de los diferentes sistemas.

- **Criterio Cronológico**, edad en años; relacionado con el retiro o jubilación.
- **Criterio Físico**, Se toman en cuenta los cambios físicos producidos en la persona, como cambios en la postura, forma de caminar, facciones, color del pelo, piel, capacidad visual y auditiva, disminución en la capacidad del almacenamiento de la memoria que afecta a los tres tipos de memoria (a corto, mediano y largo plazo) de forma directa, sueño alterado, etc. Todo esto relacionado a la alteración en forma notable de las actividades cotidianas.
- **Criterio Social**, según el papel o rol que desempeñan en la sociedad.

De lo anterior podemos definir el envejecimiento, como la suma total de los

cambios que se dan en el transcurso del tiempo, que ocurren durante la vida de un individuo, después de que este haya alcanzado la madurez de talla, forma, y función, y que además, son comunes a todos los miembros de la misma clase o especie.

2.1.3 Fisiología del envejecimiento

A medida que las personas envejecen, se producen modificaciones en su estado de salud: se alteran las estructuras y se reducen las funciones de las células y los tejidos de todos los sistemas del organismo.

Dichos cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional. Se ha conocido como los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida de éste colectivo humano (9).

Modificaciones de la silueta: A nivel de la columna hay una disminución de la estatura de 1 cm cada 10 años de la longitud de la columna vertebral, cambios en los planos corporales, desplazamiento del centro de gravedad del ombligo a la sínfisis púbica, descenso del número de fibras musculares, aumento extracelular de líquido intersticial, grasa, colágeno, pérdida gradual de fuerza muscular y masa ósea, disminución del peso del esqueleto con la edad, osteoporosis, adelgazamiento de las trabéculas en el hueso esponjoso.

Cambios en el sistema endocrino: La característica fundamental del organismo en el adulto mayor es una reducción progresiva en su capacidad para mantener la homeostasis ante el estrés ambiental. Los cambios del envejecimiento sobre el sistema neuroendocrino son una resistencia progresiva a la retroalimentación negativa de los órganos, incluso aunque la respuesta inicial a algunos estímulos estresantes sea la idónea, a medida que el organismo envejece hay un aumento en las probabilidades de una respuesta que puede ser persistente, inapropiada e incluso nociva para el organismo.

Cambios estructurales en el aparato reproductor masculino: se da la disminución en el tamaño de los testículos así como también la pérdida de su firmeza, disminución de los túbulos seminíferos haciéndose más tortuosos y gruesos, la disminución de volumen y viscosidad del líquido seminal e Hipertrofia prostática.

Cambios estructurales en el aparato reproductor femenino: trae la disminución de estrógenos en la menopausia, el momento de pérdida de fertilidad, Atrofia del útero, la vagina y resto del aparato genital, con pérdida del soporte vascular y aumento en las gonadotropinas (10).

2.1.4 Funcionabilidad

La funcionalidad en el adulto mayor es la capacidad para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria o cotidiana e instrumentales. Y su estado funcional depende del resultado de la interacción de los elementos biológicos psicológicos y sociales (11).

2.1.5 Capacidad funcional

Parte de los cambios de los adultos mayores es la pérdida neuromuscular y del rendimiento, en parte relacionadas con la reducción de la fuerza y la potencia muscular, lo cual es causado por una disminución de la masa de los músculos esqueléticos (sarcopenia) y cambios en la arquitectura muscular. Estos cambios repercuten su capacidad funcionalidad, tales cambios son la velocidad al caminar, el aumento de riesgo de caídas, la reducción de la capacidad de caminar grandes distancias y las actividades de la vida diaria, lo cual conlleva al individuo a una pérdida progresiva de la independencia y la calidad de vida. Una de la misiones como terapeutas físicos, es el de mantener o preservar la capacidad funcional, es decir, la capacidad de las personas para realizar sus actividades de la vida diaria (12).

El adulto mayor físicamente activo obtiene una serie de beneficios que mejoran su salud tanto a nivel físico como mental, con lo que incrementa su capacidad para realizar las tareas de la vida diaria. Participar en diferentes programas deportivos, donde se verá reflejada la ganancia de fuerza, las mejoras en la resistencia cardiovascular, la flexibilidad, la hipertensión y la diabetes, además se podrán notar mejoras en la reducción del dolor y limitaciones producto de las dolencias como la artritis. En conjunto, se darán beneficios en la capacidad cognitiva, el estado anímico, la autoestima y en general un incremento en la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (13).

2.1.6 Actividades de la vida diaria

Las AVD son elementos claves para medir la calidad de vida y la capacidad funcional en los adultos mayores. Las AVD son un conjunto de tareas cotidianas comunes que se requieren para el autocuidado personal y una vida independiente (Wiener, Hanley, Clark y Van Nostrand, 1990) (14).

Están ordenados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos. La propia escala describe lo que considera como dependencia/independencia para la ejecución de las tareas. Donde cada item tiene dos posibles respuestas. (15).

2.1.6.1 Actividades básicas de la vida diaria

Los adultos mayores generalmente prefieren vivir separados de sus hijos, sin embargo, las enfermedades y el grado de autovalencia de ellos hacen necesario que reciban apoyo en las actividades de la vida diaria. Es necesario definir el grado de independencia del adulto mayor, dentro de las actividades básicas de vida diaria tenemos: Alimentarse, bañarse, vestirse, deambular, comunicación y el control de esfuerzos (16).

2.1.6.2 Actividades instrumentales de la vida diaria

Son aquellas actividades que son necesarias para la convivencia normal de los adultos mayores en el hogar y en la comunidad. Las AIVD son aquellas tareas más complejas que desarrolla la persona requiere conciencia del propio ser, de su propio cuerpo y conocimiento del mundo que los rodea, involucrando habilidades.

Las actividades instrumentales son: Limpiar, cocinar, lavar la ropa, usar el teléfono, ir de compras, control del dinero, usar el transporte público, trabajo casero (jardinería), control de la medicación, subir las escaleras, Criar a los niños, manejo de temas financieros, entre otras actividades (17).

2.1.7 Factores de Riesgo

Los adultos mayores son considerados individuos, vulnerables socialmente, por la carencia de recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del Estado. Se define como vulnerabilidad social la desprotección de un grupo cuando enfrenta daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus derechos por no contar con recursos personales, sociales y legales (10).

El Deterioro cognitivo: Al igual que el envejecimiento son procesos individuales, y los cambios que se presentan en el transcurso de la edad varían en su patrón de presentación, extensión y tipo de función. Algunas funciones cognitivas declinan poco en el transcurso de la vida mientras que otras parecen incluso incrementarse; otros aspectos están influidos, al igual que la función, por diversos factores: antecedentes familiares, condiciones psiquiátricas previas, adicciones y otros (19).

La inmovilidad: Es uno de los síntomas más graves que podemos tener en la vejez, y pueden producir el confinamiento de un paciente en su domicilio (20).

La caída: Se puede definir como cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad. Como consecuencia

en muchos casos provocara distintos grados de deterioro funcional, el llamado "Síndrome Post Caída", hospitalizaciones y muerte prematura, especialmente a través de las fracturas. La caída puede ser además, un marcador o signo de otros problemas de salud y/o el anuncio de una nueva o más grave caída en un futuro próximo (20).

El sexo: en la actualidad se encuentra una mayor población de mujeres, especialmente en el grupo mayor de 80 años. Si bien es cierto la mujer vive más, esto no indica que viva mejor, sino todo lo contrario. Muchos de los pocos cuidados en su vida ya sea por la mala nutrición, embarazos repetidos, eventuales abortos inseguros, falta de atención de algunas enfermedades médicas, violencia, problemas psicológicos no tratados, trabajos de múltiples jornadas, entre otros, cobran un alto precio durante esta etapa de la vida.

Polifarmacia: La población geriátrica tiene un alto porcentaje en cuanto a recetas de medicamentos. El uso de fármacos aumenta conforme avanza la edad, y la cantidad de los consumo en la población geriátrica es, en promedio, de tres a cuatro por persona.

No es raro que el paciente adulto mayor padezca de diversas enfermedades a la vez y que tenga recetas para diez dolencias o más. A esta edad la velocidad de absorción de los medicamentos es más lenta así como el inicio de acción de estos. Asimismo, el nivel máximo del fármaco en la sangre (la concentración más alta del medicamento después de su administración) puede ser menor y la cantidad total absorbida no se ve afectada de manera importante (21).

Patologías asociadas: Hay muchos factores que aumentan las patologías, entre ellos tenemos síntomas motores, físicos y psicológicos; los emocionales y afectivos como signos de mayor importancia en la patogénesis anímica del sujeto.

La naturaleza del trastorno y su particularidad crónica y neurodegenerativa, marcada por la pérdida neuronal, condiciona el proceso del deterioro de la enfermedad y la presencia de las manifestaciones del cuadro clínico. Neuro degenerativas, Musculo esquelético, Cardiovasculares, Respiratorias (22)

2.1.8 Beneficios del programa fisioterapéutico

Uno de los objetivos principales del tratamiento en fisioterapia es disminuir el dolor; el profesional de salud en el área de Terapia Física y Rehabilitación, realizara actividades físicas para rehabilitar y mejorar la función de diversos sistemas a través de ejercicios específicos (23).

El ejercicio ayuda al tratamiento y la prevención de la osteoporosis. Se puede mejorar significativamente la calidad de vida de una persona de la tercera edad dándole mayor flexibilidad, fuerza y volumen muscular, movilidad y mayor capacidad funcional aeróbica teniendo en cuenta que el ejercicio físico es benéfico para la salud mental del adulto mayor.

Además, mejora la autoestima, ayuda al autocontrol y refuerza la autonomía, mejora los hábitos de sueño y descanso, pero sobre todo mejora las relaciones sociales. (24)

Un programa de ejercicios físicos beneficia al sistema cardiovascular, pues mantiene en funcionamiento al corazón, ayudan a conservar la elasticidad de los vasos sanguíneos, mejoran la circulación y la irrigación en general, disminuyendo al riesgo de accidente vascular cerebral y de infarto del miocardio (25).

2.2 Antecedentes de la Investigación

2.2.1 Antecedentes internacionales

En el año 2017, en Ambato, Ecuador, se realizó un estudio con el propósito de establecer la relación entre capacidad funcional del adulto mayor con el abandono familiar, se llevó a cabo en 70 adultos mayores se reportó el abandono en el 75,7% de los adultos mayores y tuvo significancia con respecto a la capacidad funcional y la estructura familiar ($p=0,002$). Hubo relación entre capacidad funcional y abandono familiar, así como también predominio de los adultos mayores entre los 65 a 74 años, sexo femenino, sin ninguna actividad laboral y analfabetos. Hubo relación significativa entre capacidad funcional, edades geriátricas y ocupación; y de igual manera entre la estructura familiar y el abandono. La capacidad funcional y la estructura familiar fueron factores asociados al abandono (30). Estudio realizado en Barcelona marzo 2012, La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. Los ancianos constituyen un subgrupo de la población tradicionalmente discriminado en la sociedad y en algunas ocasiones por la medicina. El anciano, a diferencia de los adultos de menor edad, presenta mayor frecuencia de enfermedades crónicas e invalidantes. Pero lejos de ser una condición inevitable de la vejez, hoy en día se sabe que los problemas de salud que presentan los ancianos tienen sus propios factores de riesgo, siendo muchos de ellos susceptibles de intervención positiva, de manera que se contribuya a la corrección y disminución del riesgo de dependencia El objetivo ha sido valorar, mediante el índice de Barthel, el grado de dependencia de 156 ancianos (101 mujeres y 55 hombres),

institucionalizados en las residencias de entidad privada de la ciudad de Soria. Con ello se podrá establecer un plan de actuación interdisciplinar en la prevención y reversión de situaciones de dependencia. En conclusión la dependencia del anciano institucionalizado aumenta por diversos factores como la edad, el sexo, un mayor tiempo de institucionalización y una mala percepción del propio estado de salud (26).

En el año 2015, en México, se realizó un estudio con el propósito de Establecer la relación entre la calidad de vida de las personas mayores y su nivel de dependencia y autocuidado. El estudio se llevó a cabo en 116 ancianos 54,3% de los participantes eran mujeres, el 80,2% de los encuestados mostró independencia ancianos para llevar a cabo las actividades de la vida diaria y el 19,8% tienen dependencia leve. En la clasificación general de las actividades de autocuidado, 22,4% tenían buena capacidad y un 76,6% muy buena capacidad. En la percepción de la calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los encuestados piensa que su salud es buena y el 56% justo. En las pruebas de correlación conocido mínima relación entre las variables de auto-cuidado y la dependencia, que ocurre entre el autocuidado y el nivel de estudios, correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida, así como la calidad de vida y la edad, sin embargo, los valores de todas las correlaciones fueron bajas (27).

En el año 2014, en La Habana, Cuba, se realizó un estudio con el propósito de caracterizar la capacidad funcional y la calidad de vida

en los ancianos con degeneración macular y baja visión, atendidos en el Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer" en el período comprendido de enero a junio de 2013. El estudio se llevó a cabo en 31 pacientes Muestra, la distribución de los pacientes según grupos de edades y sexo, donde se observa que predominó el rango de edades comprendidas entre 75-79 años, con 12 pacientes (41,3 %). En los pacientes atendidos según color de la piel, existió un predominio de las personas de piel blanca o caucásica, representadas por 14 pacientes (48,2 %) sobre los de piel no blanca, que muestra 5 ancianos (17,3 %). No se ha encontrado explicación de por qué entre estas personas es más frecuente esta enfermedad (28).

"En el año 2013, en "Santa Marta", ubicado en la ciudad de Mendoza Argentina, se realizó un estudio con el propósito de valorar la realización de actividades recreativas en un hogar geriátrico, las preferidas y razones para ello. El estudio se llevó a cabo en 105 adultos que realizaban actividades recreativas que se clasificaron en intramuros y extramuros. Estas últimas, que se concretaban los fines de semana y coincidían con las visitas familiares, fueron las preferidas, especialmente entre aquellos con menor tiempo de estadía en la institución (29).

En el año 2012, en Medellín, Colombia, se realizó un estudio con el propósito de determinar los efectos de los movimientos pasivos, asistidos, activos y resistidos, sobre la fuerza muscular, movilidad articular y capacidad funcional en pacientes internados en unidad de

cuidados intensivos. El estudio se llevó a cabo en 23 pacientes de una unidad de cuidados intensivos de adultos en Medellín el 69% de los 23 pacientes eran hombres, 78 % pertenecían al régimen contributivo, y la mediana de la edad fue de 70 años (rango intercuartil=15; Q1 =61; Q3 = 76). Se clasificó como adulto mayor (mayor o igual de 65 años) al 65,2 % de los pacientes (30).

En el año 2008, en Huelva, España, se realizó un estudio con el propósito de identificar la capacidad funcional de un colectivo de ancianos, medida a través de las actividades de la vida diaria y la percepción de salud. El estudio se llevó a cabo en 116 adultos mayores. El perfil demográfico es el de un residente de una media superior a 75 años. El 71,3% de los residentes son mujeres. Las actividades del Índice de Barthel que reflejan mayor grado de dependencia son "lavarse" y "subir y bajar escaleras" y, la que menos, "comer". La percepción de salud mediante las láminas de Coop-Wonca refleja una percepción "regular" o "mala" en la mayoría de los casos. A mayor grado de limitación física para las actividades de la vida diaria mayor percepción negativa de salud (31).

2.2.2 Antecedentes Nacionales

En el año 2015, en Lima, Perú, se realizó un estudio con el propósito de identificar y describir las características sociodemográficas y de salud basales de las PAMSC a través del estudio de los beneficiarios del PNVD, al momento del ingreso a dicho programa. El estudio se llevó a cabo en 348 adultos mayores Las PAMSC fueron, en su mayoría, hombres, solteros y con grado de instrucción primaria o menor. El 66,2% de las PAMSC presentaron algún tipo de enfermedad crónica y 27,8 algún tipo de enfermedad mental. El 50% presentaron algún grado de dependencia funcional, y casi el 70% presentó algún grado de deterioro cognitivo. La probabilidad de dependencia funcional parcial se incrementó con la edad, siendo más alta en mujeres, además, se incrementó a mayor grado de deterioro cognitivo (32).

En el año 2014, en Lima, Perú, se realizó un estudio con el propósito de determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”, Lima, 2014. El estudio se llevó a cabo en 92 adultos mayores Se demostró que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, con una $r = -0,433^{**}$ y una $p = 0,013$ %. Se encontró mayor independencia en la etapa de senectud gradual (60 a 70 años) con 85,7%. Por otro lado, con una $r = -0,101$ y una $p = 0,677$, no se encontró relación entre la capacidad funcional y el sexo (33).

Estudio realizado en Perú 2009, Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. La calidad de vida relacionada con la salud es tal vez una de las formas más objetivas de medir la salud. Proporciona una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud. El propósito del estudio fue evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas adultas mayores de la ciudad de Chiclayo, e identificar qué características epidemiológicas están relacionadas con ello. El sexo masculino, grado de instrucción, ingreso > a S/. 1 000 son factores protectores; mientras que como factores de riesgo tenemos la edad, estar sin actividad lucrativa, no tener cobertura asistencial y finalmente el tener alguna patología crónica. La escala resumen física que compara con población anciana pre-frágil y no frágil hispano-norteamericana fue de $48,68 \pm 7,56$ y $54,22 \pm 9,56$ respectivamente; y la escala resumen mental fue de $50,94 \pm 12,23$ y $57,43 \pm 11,43$ respectivamente. Se encontró una población con predominio del sexo femenino (56,25%), con una edad media de $70,62 \pm 8,02$ y una media general de $71,29 \pm 7,90$. 52,75% mencionaron presencia de enfermedades sean agudas y/o crónicas y 18,3% mencionó consumir alguna sustancia psicoactiva (alcohol, tabaco, sedantes) (34).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio

Estudio Descriptivo de Tipo Transversal

3.2. Población

La población objeto de estudio estará constituida por todos los adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM – Breña 2018. (N=100).

3.2.1 Criterios de Inclusión

- Adultos mayores que asisten al programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña, 2018.
- Adultos mayores con rangos de edades de 65 a 95 años.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores que aceptaron participar de este estudio previa firma del consentimiento informado.

3.2.2. Criterios de Exclusión

- Adultos mayores que no aceptaron participar de este estudio.
- Adultos mayores que fueron retirados días anteriores a la evaluación por diversos motivos.
- Adultos mayores dependientes.
- Adultos mayores que no se presentaron el día de la convocatoria.

3.3. Muestra

Se estudió a todos los adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM – Breña 2018. Que fueron seleccionados a través de los criterios de inclusión y exclusión para la respectiva evaluación a través de una ficha de recolección de datos, para conocer la capacidad funcional (N=55). Se utilizó o empleó 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 |
|-----------------------------|--|---|--------------------|---|
| Capacidad funcional | Grado de estudios realizados o en curso. | Barthel | Binaria | Independiente Dependiente |
| VARIABLES SECUNDARIAS | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICIÓN | FORMA DE REGISTRO |
| Edad | Tiempo de vida de en años. | Documento Nacional de Identidad (D.N.I) | Discreta | Números entre 65 a 95 años. |
| Sexo | Condición que diferencia al varón de la mujer | Documento Nacional de Identidad (D.N.I) | Binario | Masculino Femenino |
| Patologías asociadas | Enfermedades recurrentes | Ficha de recolección de datos. | Nominal | Hipertensión Diabetes Alteración de la Marcha Artrosis |
| Consumo de algunos fármacos | Frecuencia de consumo de algún fármaco, especificar la enfermedad. | Ficha de recolección de datos | Nominal | Antihipertensivos Hipoglucemiantes Vitaminas Antiinflamatorios |

3.5. Procedimientos y Técnicas

Se solicitó el permiso correspondiente a través de una carta de presentación avalada por la Universidad Alas Peruanas al CIAM de Breña, para poder acceder a la entrevista con los pacientes que accedieron participar en el programa fisioterapéutico.

Para recopilar toda esta información mediante la ficha de recolección de datos y 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.

Instrumento

EL ÍNDICE DE BARTHEL (IB)

El Índice de Barthel ha sido recomendado por el Real Colegio de Médicos de Londres y por la Sociedad Británica de Geriátrica como patrón para la valoración de las actividades de la vida diaria (AVD) en las personas ancianas. El motivo ha sido sus buenas características ya mencionadas a las que cabe añadir su bajo coste de aplicación y su potencial utilidad para el seguimiento de la evolución de los pacientes mayores.

Validez El Índice de Barthel es un buen predictor de la mortalidad pues mide la discapacidad y esta última está asociada fuertemente con la mortalidad. También está relacionado con la respuesta a los tratamientos de rehabilitación: aquellos pacientes con mayores puntuaciones (menor grado de discapacidad) presentan mejor respuesta a la rehabilitación.

Fiabilidad No fue determinada cuando se desarrolló originalmente. Loewen y Anderson hicieron el primer estudio en este punto 9. Para ello entrenaron a catorce terapeutas que,

usando grabaciones de video de pacientes, calificaron la realización de las actividades. Fiabilidad interobservador, índices de Kappa entre 0,47 y 1,00, y con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original.

Es un instrumento ampliamente utilizado para medir la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia o independencia del sujeto.

La elección de las actividades que componen el IB fue empírica, a partir de las opiniones de fisioterapeutas, enfermeras y médicos.

El índice de Barthel se ha venido utilizando desde que fue propuesto en 1955 y ha dado lugar a múltiples versiones, además de servir como estándar para la comparación con otras escalas, es una medida fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez; capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y cuya aplicación no causa molestias.

Por otra parte, su adaptación a diferentes ámbitos culturales resulta casi inmediata. A pesar de tener algunas limitaciones, el Índice de Barthel puede recomendarse como un instrumento de elección para la medida de la discapacidad física, tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica y en Salud Pública.

Es también conocido como “Índice de Discapacidad de Maryland”, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. Uno de los objetivos era obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y músculo

esqueléticos; también se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación. Las primeras referencias al IB en la literatura científica datan de 1958 y 1964, pero es en 1965 cuando aparece la primera publicación en la que se describen explícitamente los criterios para asignar las puntuaciones. En la actualidad este índice sigue siendo ampliamente utilizado, tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las AVD.

El IB fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los pacientes; los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal: uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina.

Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de repuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. No es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia.

3.6 Aspectos Éticos:

Se utilizó la estadística descriptiva en las diferentes etapas del análisis estadístico, que se realizaron 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.

3.7 Plan de Análisis de Datos

Está relacionado con el consentimiento informado: los pacientes que se evaluaron en esta investigación aceptaron voluntariamente participar.

Los pacientes han firmado un consentimiento voluntariamente

No se compartió ni se compartirá la identidad de las personas que participaron en este estudio.

CAPITULO IV: RESULTADOS

ESTADISTICOS

4.1. Características de la Muestra

Los resultados estadísticos que a continuación se detallan, corresponden a los resultados obtenidos sobre la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM – Breña 2018.

4.1.1. Características de la muestra

Tabla Nº 1: Características de la edad de la muestra

| Características de la edad | |
|----------------------------|-------|
| Muestra | 55 |
| Promedio | 83.72 |
| Desviación estándar | 8.114 |
| Edad mínima | 65 |
| Edad máxima | 95 |

Fuente: Elaboración propia

La muestra formada por 55 adultos mayores que asisten al CIAM de Breña y que participan en un programa teniendo por finalidad determinar la capacidad funcional, presentaron una edad promedio de 83,72 años, con una desviación estándar de $\pm 8,11$ años y un rango de edad que iba desde los 65 a 95 años.

4.1.2. Distribución Etaria de la muestra

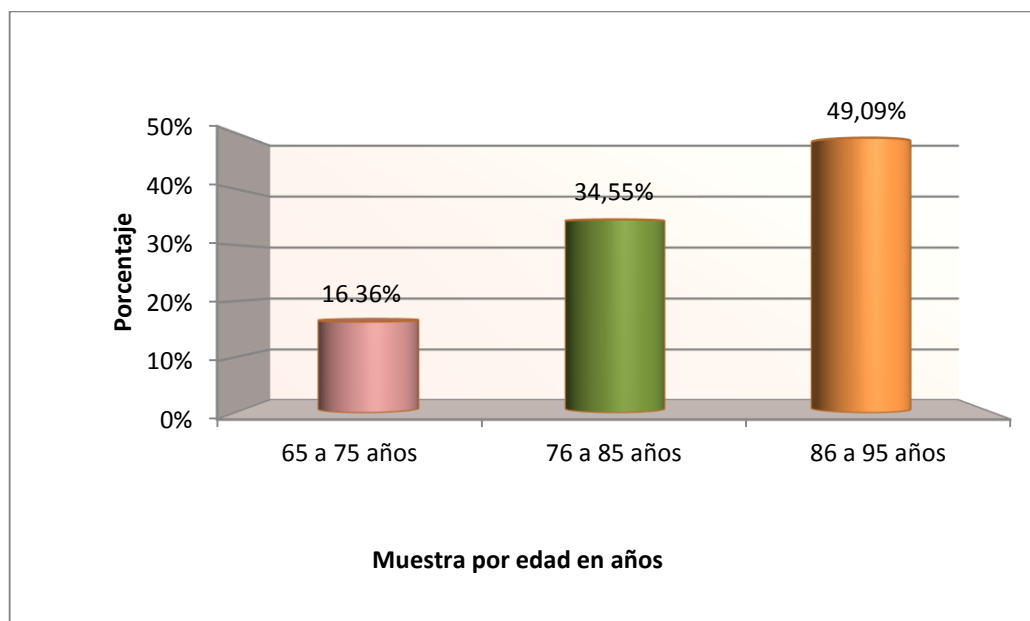
Tabla N^o 2: Distribución de la muestra por grupos etarios

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|----------------|----------------------|
| 65 a 75 años | 9 | 16,36% | 16,36% |
| 76 a 85 años | 19 | 34,55% | 50,91% |
| 86 a 95 años | 27 | 49,09% | 100,00% |
| Total | 55 | 100,00% | 100,00% |

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N^o 2 se presenta la distribución de la muestra por edad. 09 adultos mayores tenían entre 65 y 75 años; 19 adultos mayores tenían entre 76 y 85 años; 27 adultos mayores tenían entre 86 y 95 años. Se observa que la mayor parte de la muestra tenía entre 86 y 95 años de edad.

Figura N^o 1: Distribución por grupos etarios



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N^o 1.

4.1.3. Distribución de la muestra por sexo

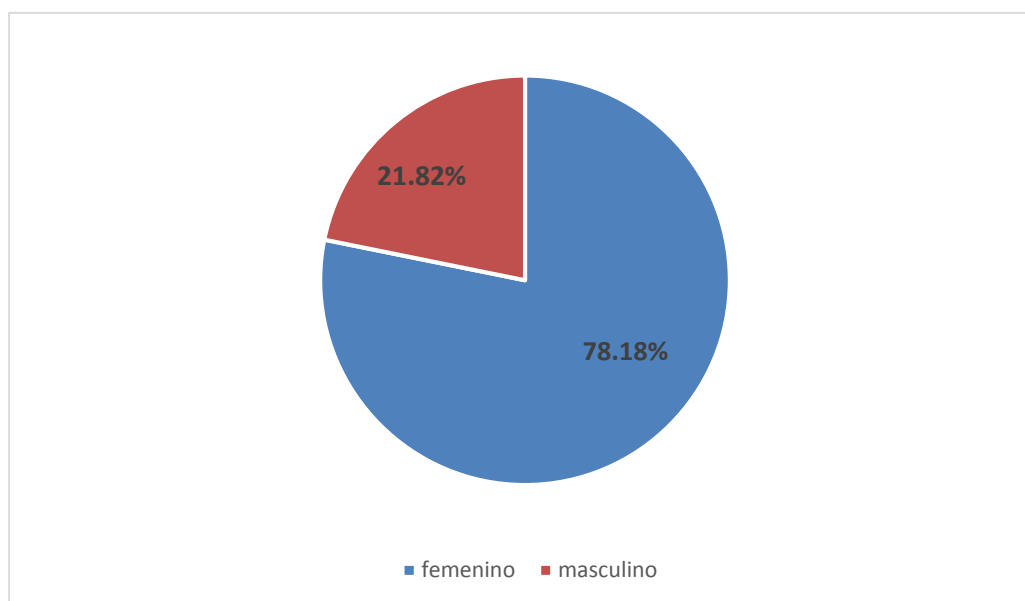
Tabla N° 3: Distribución de la muestra por sexo

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|----------------|----------------------|
| femenino | 43 | 78,18% | 78,18% |
| masculino | 12 | 21,82% | 100,00% |
| Total | 55 | 100,00% | 100,00% |

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 3 se presentan los resultados con respecto al sexo de la muestra, se encontró que 43 adultos mayores eran del sexo femenino y 12 adultos mayores eran del sexo masculino. Se observa que la mayor parte de la muestra, adultos mayores del CIAM – Breña 2018, eran del sexo femenino.

Figura N° 2: Distribución de la muestra por sexo



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 2.

4.1.4. Distribución de la muestra por patologías asociadas

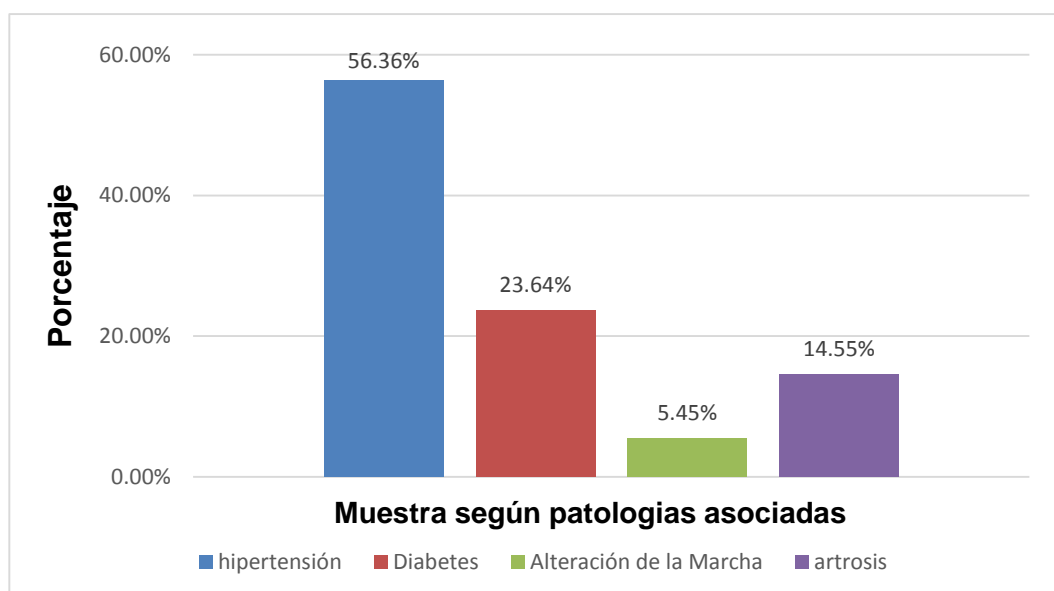
Tabla N° 4: Distribución por patologías asociadas de la muestra

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|------------|----------------|----------------------|
| hipertensión | 31 | 56,36% | 56,36% |
| Diabetes | 13 | 23,64% | 80,00% |
| Alteración de la Marcha | 3 | 5,45% | 85,45% |
| artrosis | 8 | 14,55% | 100,00% |
| Total | 55 | 100,00% | 100,00% |

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 4 presenta las patologías asociadas en la muestra. El 56,36% padecen de hipertensión representada por 31 adultos mayores; el 23,64% padece de diabetes representado por 13 adultos mayores, seguido por 8 adultos mayores con problemas de artrosis, que equivale al 14,55% y por último el 5,45% que presentan alteración de la marcha conformado por 3 adultos mayores.

Figura N° 3: Distribución por patologías asociadas de la muestra



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 3.

4.1.5. Distribución de la muestra por consumo de fármacos.

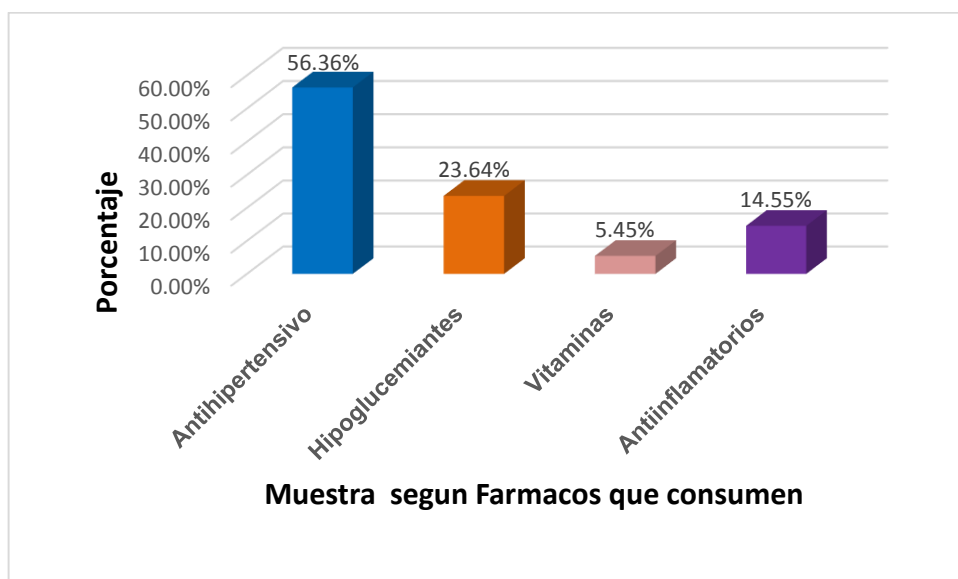
Tabla N^o 5: Distribución de la muestra por fármacos que consumen

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------------------|------------|------------|----------------------|
| Antihipertensivo | 31 | 56.36% | 56.36% |
| Hipoglucemiantes | 13 | 23,64% | 80,00% |
| Vitaminas | 3 | 5,45% | 85,45% |
| Antiinflamatorios | 8 | 14,55% | 100,00% |
| Total | 55 | 100,00% | 100,00% |

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N^o 5 presenta los fármacos que consume la muestra. Siendo los resultados exactamente a la Tabla N^o 4

Figura N^o 4: Distribución de la muestra por medicamentos que consume



Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N^o 4.

4.1.6 Distribución de la muestra por permanencia en el programa

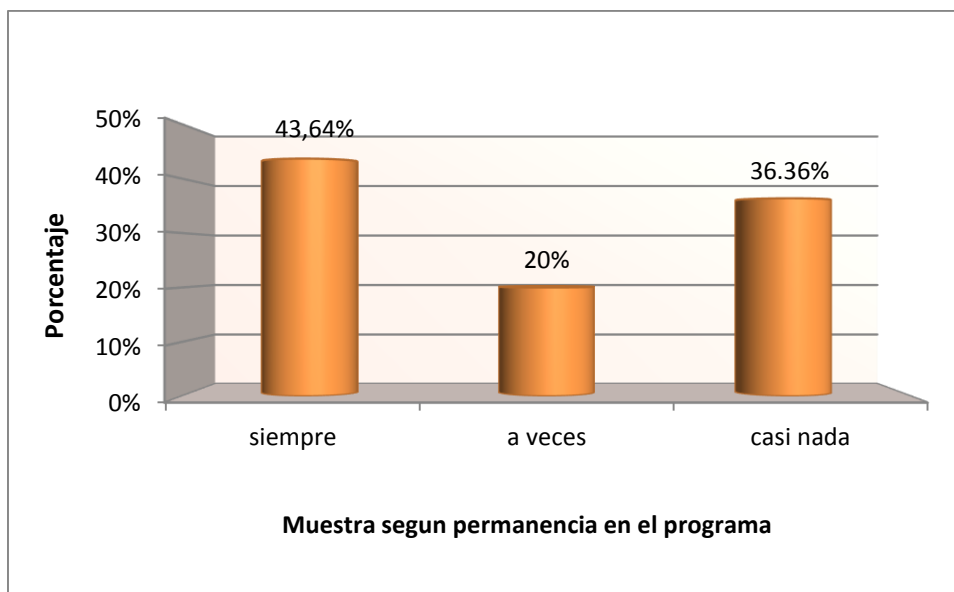
Tabla N° 6: Distribución de la muestra por permanencia en el programa.

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|----------------|----------------------|
| siempre | 24 | 43,64% | 43,64% |
| a veces | 11 | 20,00% | 63,64% |
| casi nada | 20 | 36,36% | 100,00% |
| Total | 55 | 100,00% | 100,00% |

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 6 presenta la permanencia y participación de los adultos mayores en este programa. El 43,64% asisten siempre al programa lo cual fue de 24 personas, el 20,00% su asistencia, a veces representado por 11 adultos mayores, seguido por el 36,36% de adultos mayores que asistieron casi nada siendo 20 adultos mayores.

Figura N° 5: Distribución de la muestra por permanencia en el programa



4.1.7 Distribución de la Muestra Según Niveles Funcionales Básicas

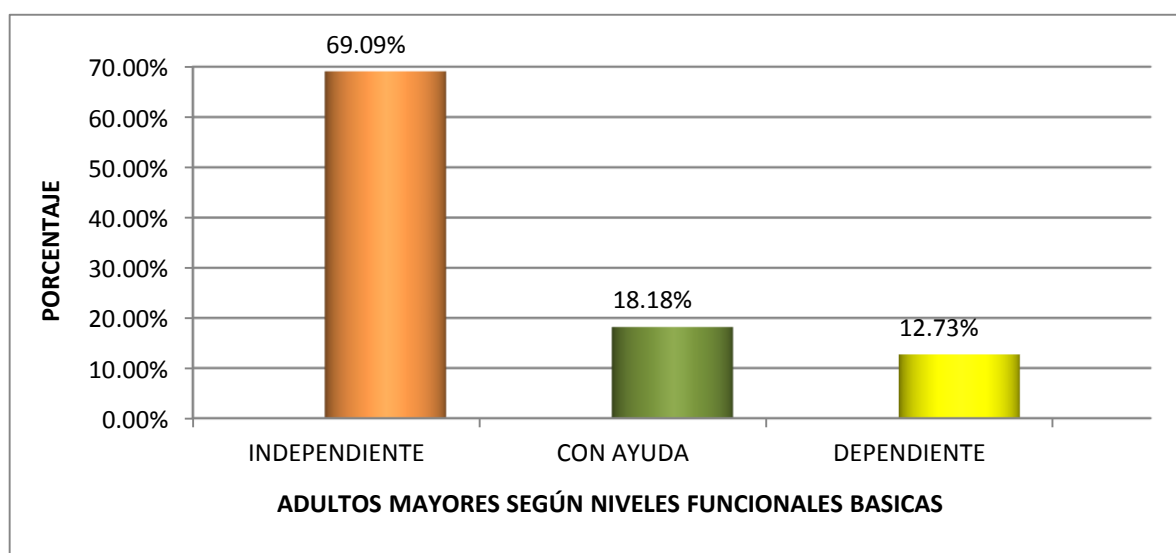
Tabla N° 7: Distribución de la muestra según niveles funcionales básicas

| ADULTO MAYOR | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|---------------|----------|------------|
| INDEPENDIENTE | 38 | 69,09% |
| CON AYUDA | 10 | 18,18% |
| DEPENDIENTE | 7 | 12,73% |
| TOTAL | 55 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 7 se expresa que en los adultos mayores del CIAM BREÑA el nivel funcional de INDEPENDIENTE es de 69,09%, requieren asistencia 18,18% Y Dependientes 12,73%

Figura N° 6: Distribución de la muestra según niveles funcionales básicas



4.1.8 Distribución de la Muestra Según Niveles Funcionales Básicas por Grupos de Edades

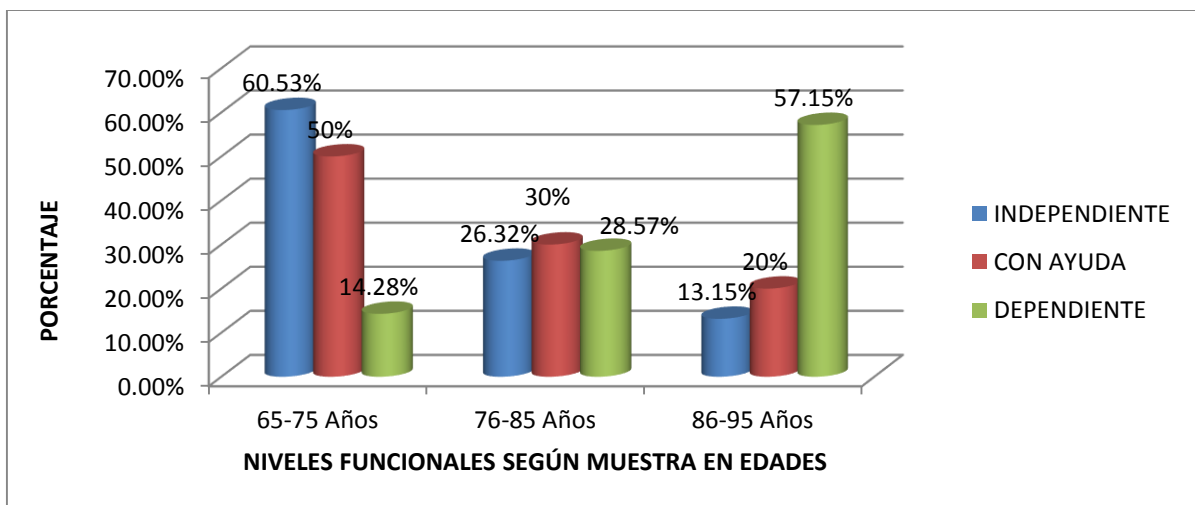
Tabla Nª 8: Distribución de la muestra según niveles funcionales básicas por grupos de edades

| EDAD | INDEPENDIENTE | | CON AYUDA | | DEPENDIENTE | |
|------------|---------------|--------|-----------|------|-------------|--------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 65-75 Años | 23 | 60,53% | 5 | 50% | 1 | 14,28% |
| 76-85 Años | 10 | 26,32% | 3 | 30% | 2 | 28,57% |
| 86-95 Años | 5 | 13,15% | 2 | 20% | 4 | 57,15% |
| TOTAL | 38 | 100% | 10 | 100% | 7 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

En la Tabla Nª 8 de nivel funcional con grupos de edades expresa que el mayor rango está en los independientes con 60.53% en el grupo de 65 a 75 años, asistidos o con ayuda en edades de 65 a 75 años con 50% y dependientes 57,15% de edades de 86 a 95 con un numero de 4 adultos mayores.

Figura Nª 7: Distribución de la muestra según niveles funcionales básicas por grupos de edades



4.1.9 Distribución de la Muestra Según Actividades Básicas Funcionales más Afectadas

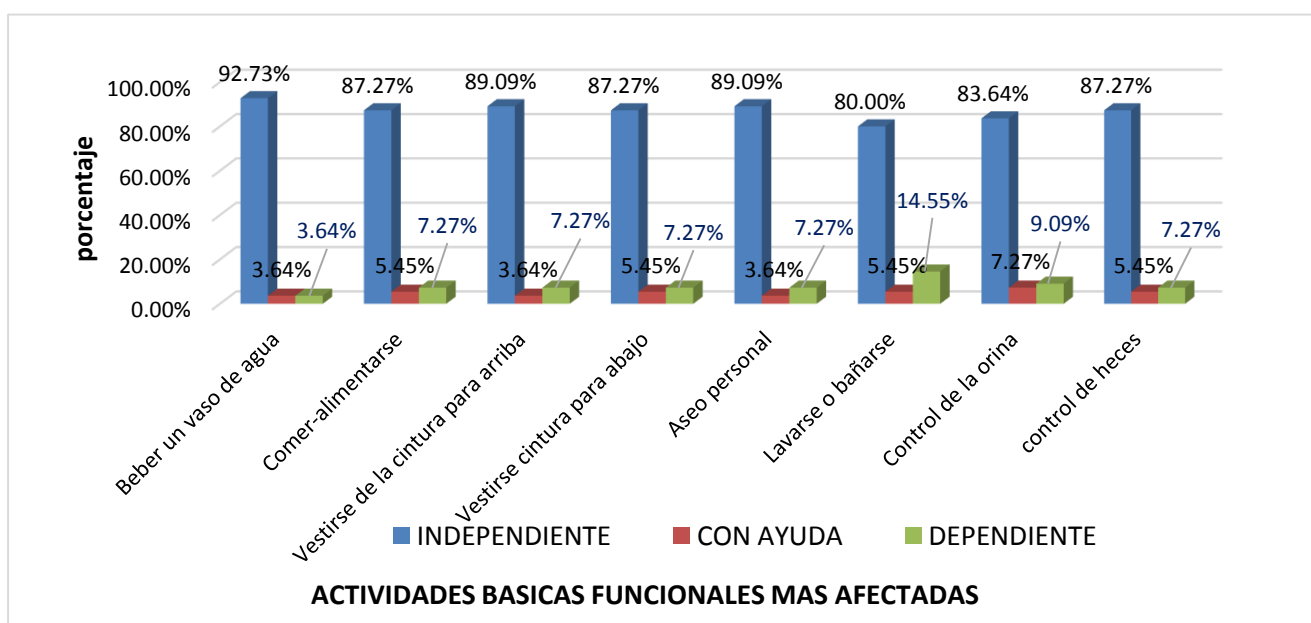
Tabla N° 9: Distribución de la muestra según Actividades Básicas Funcionales más Afectadas

| ACTIVIDAD | INDEPENDIENTE | | CON AYUDA | | DEPENDIENTE | |
|------------------------------------|---------------|--------|-----------|-------|-------------|--------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Beber un vaso de agua | 51 | 92,73% | 2 | 3,64% | 2 | 3,64% |
| Comer-alimentarse | 48 | 87,27% | 3 | 5,45% | 4 | 7,27% |
| Vestirse de la cintura para arriba | 49 | 89,09% | 2 | 3,64% | 4 | 7,27% |
| Vestirse cintura para abajo | 48 | 87,27% | 3 | 5,45% | 4 | 7,27% |
| Aseo personal | 49 | 89,09% | 2 | 3,64% | 4 | 7,27% |
| Lavarse o bañarse | 44 | 80,00% | 3 | 5,45% | 8 | 14,55% |
| Control de la orina | 46 | 83,64% | 4 | 7,27% | 5 | 9,09% |
| control de heces | 48 | 87,27% | 3 | 5,45% | 4 | 7,27% |

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N°9 muestra que para la actividad como beber agua, el 92,73% lo realiza de manera independiente; para la actividad control de la orina, el 7,27% lo realiza con ayuda y para la actividad de lavarse o bañarse, el 14,55% lo realiza de manera dependiente.

Figura N° 8: Distribución de la muestra según Actividades Básicas Funcionales más Afectadas



4.2. Discusión de Resultados

- Esta investigación tuvo como objetivo poder determinar la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM – Breña 2018. Con respecto a nuestros antecedentes la edad promedio de los adultos mayores se encuentra entre 70 – 75 años lo que coincide con la investigación que obtuvo una media de 76,86 años con una desviación estándar de $\pm 8,11$, en países como España, Colombia y Brasil se obtuvieron en promedio un grupo etario de 75 años en países como Cuba y Perú la edad promedio es mayor de 75 años, con respecto al género la mayoría de las investigaciones tiene altos porcentajes con el género femenino, con similitud de la investigación realizada en Lima que tuvo una población mayor femenina. Con relación a las patologías más frecuentes se encuentra en primer lugar la hipertensión arterial, seguido por diabetes, en general la investigación presenta características similares a las demás investigaciones descritas, teniendo un perfil de adulto mayor similar al de otros países.
- Estudio realizado en México en el año 2015 sobre el Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. Con el objetivo de determinar el estado de salud en el adulto mayor con 60 o más años de edad en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. El estado de salud en el adulto mayor que acude a atención primaria se caracteriza por pacientes independientes con diferente grado de alteraciones en la dimensión médica, bajo grado de alteración mental y recursos sociales medianamente deteriorados.

Teniendo como resultado: 42,3% presentó disminución visual, 27,7% auditiva, 68,3% incontinencia urinaria, 37,0% desnutrición, 54,7% polifarmacia; dimensión mental: 4,0% deterioro cognitivo grave y 11% depresión; dimensión funcional: 2,0% dependencia total de actividades básicas de la vida diaria; 14,3% deterioro en actividades instrumentales; 29,0% alteración en la marcha; y 48,0% presentan recursos sociales medianamente deteriorados. Comparado con los resultados de nuestro estudio según las patologías asociadas. En los adultos mayores que padecían de HTA el 3% era independiente y el 31% era dependiente, en la diabetes el 2% era independiente y el 12% era dependiente, en la diabetes el 5% era independiente y el 18% era dependiente, la artrosis un 12 % de dependencia y solo 1% es independiente, en la demencia senil el 7% es dependiente y solo 1 % es independiente, mientras que en otras patologías el 8% muestra dependencia funcional.

En relación a la capacidad funcional estudios como el de Ceada et al refieren que la mayor puntuación se obtuvo en lavarse y subir escaleras para la independencia lo que concuerda con esta investigación que obtuvo un 46,4% de la capacidad funcional en estas actividades según las puntuaciones del Índice de Barthel.

Con respecto a la capacidad funcional y el grupo etario se obtuvo un 16% de independencia en los adultos mayores de 71 -80 años, y a medida que la edad aumentaba el nivel de capacidad funcional disminuía, esto coincide con estudios de Marines et al , Villaroel que indican una frecuencia de dependencia mayor en los adultos mayores de 60 a 70 años, a nivel nacional encontramos que hallaron relación entre la dependencia se asocia a la edad con un 85,7% de adultos mayores con dependencia , otros estudios como

los de Cares, muestran que los adultos mayores al ser hospitalizados disminuyen su capacidad funcional y que al ser dados de alta de un 78% el 72% recupera sus capacidad funcional mientras a un una minoría de 6% queda con secuelas de dependencia, en estos estudios no encuentran una relación con respecto a la edad.

- Estudio realizado en Perú en el año 2015. Perfil clínico funcional y socio familiar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima. Se evaluaron un total de 501 adultos mayores. La media de la edad fue de 71,5 años (\pm 8,9 años), la enfermedad crónica más frecuente fue hipertensión arterial en 40,9%, seguido por las enfermedades reumatológicas con 36,9%; un 27,7% tuvo algún grado de dependencia parcial o total en las actividades de la vida diaria, 16,2% presentaron deterioro cognitivo, 8% vivían solos, 58,5% tuvieron riesgo o problema social. La autopercepción de la salud fue regular en el 61% y mala o muy mala en 16%. Se concluye que los adultos mayores de la comunidad de San Martín de Porres en Lima presentan frecuentes problemas de dependencia funcional. Comparado con los resultados de nuestro estudio las patologías asociadas. En los adultos mayores que padecían de HTA el 3% era independiente y el 31% era dependiente, en la diabetes el 2% era independiente y el 12% era dependiente, en la diabetes el 5% era independiente y el 18% era dependiente, la artrosis un 12 % de dependencia y solo 1% es independiente, en la demencia senil el 7% es dependiente y solo 1 % es independiente, mientras que en otras patologías el 8% muestra dependencia.

4.3. CONCLUSIONES

De la muestra se desprende que 38 adultos mayores son independientes equivalente al 69.09%, seguido de 10 adultos mayores que necesitan ayuda con un 18.18% y 7 son dependientes con un 12.73%.

Según los resultados, en los niveles funcionales básicos por grupo de edades los de 65 a 75 años fueron independientes con un número de 23 adultos mayores y en las edades de 86 a 95 ,4 adultos mayores presentaron dependencia.

Con relación al ítem de AUTOCUIDADO, la actividad funcional básica que presenta mayor dependencia es el LAVARSE O BAÑARSE con un 14.55% con un total de 8 adultos mayores.

La actividad funcional que presenta mayor independencia es BEBER UN VASO CON AGUA con un 92.73% con un total de 51 adultos mayores.

Según los resultados los adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM – Breña 2018 según patologías asociadas el 56,36% padecen de hipertensión representada por 31 adultos Mayores y el 5,45% que presentan alteración de la marcha conformado por 3 adultos mayores.

4.4. RECOMENDACIONES:

Adoptar medidas que permitan mejorar la integración social y la autonomía de los adultos mayores dentro de las residencias y hacerlo extensivo a la comunidad.

Se sugiere capacitar al equipo interdisciplinario que interviene en la ejecución de programas integrales de salud y orientar acciones que respondan a la necesidad de las personas.

Los centros u hogares geriátricos puedan incorporar los resultados de sus investigaciones a fin de priorizar las acciones, en las capacidades funcionales del adulto Mayor.

Educar a los familiares, con la participación del equipo multidisciplinario, buscando conseguir el máximo de independencia funcional de dichos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud. ginebra: [sede Web] 2013. Envejecimiento y ciclo de vida. [fecha de acceso 28 junio de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Vílchez A, Sánchez A, Cutimbo ME, Arias A, Benavidez H, Dávila E, Naupari A, Contreras G. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor julio-agosto-setiembre 2013. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [fecha de acceso 01 julio de 2017]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/ninez-y-adulto-mayor-jul-set-2013.pdf>
3. Jara A, Rojas JA, Hernández AT, Espinoza EM. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores: PLANPAM 2013–2017. [fecha de acceso 03 julio de 2017]. Promoviendo el envejecimiento activo y saludable. Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf
4. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores 2006. ginebra: [sede Web] 2006 [fecha de acceso 04 julio de 2017]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20T%C3%A9cnicas_segunda%20parte.pdf
5. El Instituto Nacional de Estadística e Informática. Datos estadísticos del adulto mayor. RPP noticias en prensa 2013. [fecha de acceso 07 julio de 2017]. Disponible en: <http://rpp.com.pe/2013-10-01-segun-inei-cerca-del->

10-de-la-poblacion-peruana--es-adulta-mayor-noticia_635887.html

6. El Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mujeres con mayor esperanza de vida. El Comercio agosto 2012. [fecha de acceso 09 julio de 2017]. Disponible en: <http://archivo.elcomercio.pe/sociedad/lima/adultos-mayores-representan-poblacion-peru-noticia-1460574>
7. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Perú. 2007.
8. Landinez NS, Contreras K, Castro A. Proceso de envejecimiento, ejercicios y fisioterapia. Revista cubana de salud pública 2012; 38(4): 562-580.
10. Restrepo M S, Morales G R, Ramirez G M, López L M, Varela L L. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud.. Revista Chilena de Nutrición. 2006 Diciembre; 33(3).
11. Medina JH, Martinez JA, Adame L, Kobayashi A, Enciso D, Rosas C Zavala A. Guía de práctica clínica. [fecha de acceso 10 julio de 2017]. Intervenciones de Rehabilitación Temprana en el Adulto Mayor Hospitalizado. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_651_13_intervendeenfrehabilitaciontemprana/imss_651_13_interdeenfen_rehabilitaciontempranager.pdf
12. Velásquez M, Prieto B, Contreras R. El envejecimiento y los radicales libres. Revistas Ciencias 2004; (76): 36-43.
13. Palmer ML, Epler ME. FUNDAMENTOS DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA (Bicolor). 1º Edición [fecha de

- acceso 01 setiembre de 2017]. Disponible en:
<https://books.google.com.pe/books?id=LBnRcRv3Lf4C&pg=PA15&dq=movilidad+articular&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj3ZC9oYfWAhUF5yYKHWnVDNIQ6AEIUTAI#v=onepage&q=movilidad%20articular&f=false>
14. Taboadela CH. Goniometría una herramienta para la evaluación de las incapacidades laborales. 1ra edición Buenos Aires: Asociart ART, 2007. Pg. 1-130.
 15. Kendall's. Músculos pruebas, Funcionales y dolor postural. 4º edición. Marban; Pg. 1-230.
 16. Nordin M, Frankel V. Biomecánica Básica del Sistema Musculoesquelético. 3ra Edición. Pg. 1-345.
 17. Segovia MG, Torres EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos 2011; 22(4): 162-166.
 18. Gonzales E, Onecha B, Zapata GT, Arias AM. Guía de Orientación. [fecha de acceso 25 julio de 2017]. Corrección Postural, Prevención de la inmovilidad y Fomento de la Actividad Física. Disponible en:
http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/catalogoBBPP/Anexos/BP35_CREalz_Refuerzo_Anexo.pdf
 19. Carazo P. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: El taekwondo como alternativa de mejoramiento. Revista educación ISSN: 0379-7082, setiembre 2001; 25(2): 125-135.
 20. Delgado T. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial gerontogeriátrico "Ignacia Rodolfo Vda de Canevaro", Lima 2014. ISSN 1816-7713. Pg. 1-11.
 21. Muñoz CA, Rojas PA, Marzuca GN. Criterios de valoración geriátrica

- integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en centros de atención primaria en Chile. *Rev Med Chile* 2015; 143(5): 612-618.
- 22.** Cid-Ruzafa J, Damian-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Rev Esp Salud Publica* 1997; 71(2): 127-137.
- 23.** Muñoz CA, Rojas PA, Marzuca GN. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Fisioter Pesq.* 2015; 22(1): 76-83 DOI: 10.590/1809-2950/13327822012015.
- 24.** Taboadela CH. Goniometría una herramienta para la evaluación de las incapacidades laborales. 1ra edición Buenos Aires: Asociart ART, 2007. Pg. 1-130.
- 25.** Ceada MJ, Rojas MJ, Rodriguez JB. Nivel de dependencia y percepción de salud tras la valoración enferma. *Gerokomos* 2008; 19(4): 177-183.
- 26.** Mondragón-Barrera MA. Condición física y capacidad funcional en el paciente críticamente enfermo: efectos de las modalidades cinéticas. *Rev CES Med* 2013; 27(1): 53-66.
- 27.** Cares V, Dominguez C, Fernandez J, Farias R, Win-Tin Chang, Fasce G y Carrasco V. Evolución de la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la unidad geriátrica de agudos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Med Chile* 2013; 141(4): 419-427.
- 28.** Gai M. Actividad recreativa en adultos mayores internos en un hogar de ancianos *Revista Cubano de Salud Pública.* 41(1) enero-marzo 2015; 41(1): 67-76.
- 29.** Quintero M, Perea CA, Padilla CM, Rojas I, Rodriguez S y Luis I. Capacidad funcional y calidad de vida en los ancianos con degeneración

- macular y baja visión. Rev Cubana 2014; 27(3): 332-349.
- 30.**Marines L, Castioni D, Kirchner RM, Hildebrandt LM. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur del Brasil, Murcia ene. 2015; 14(37): 1-11.
- 31.**Gonzales BM, Carhuapoma E, Zuñiga E, Mocano MR, Aleixo M y Silva JR. Estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor en dos centros de día Lima, Perú. Rev Fac Cien Med (Quito) 2013; 38(1-2): 11-16.
- 32.**Delgado T. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial gerontogeriatrico "Ignacia Rodulfo Vda de Canevaro", Lima 2014. ISSN 1816-7713. Pg. 1-11.
- 33.**Moquillaza M, León E, Dongo M y Munayco CV. Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2015; 32(4): 693- 9.
- 34.**Rybertt C, Cuevas S, Winkler X, Lavados P, Martinez S. Parámetros funcionales y su relación con la velocidad de marcha en adultos mayores chilenos residentes en la comunidad. Biomedica 2015; 35: 212-8 DOI: <http://dx.doi.org/10.7705/biomédica.v35i2.2571>.
- 35.**Loredo MT, Gallegos RM, Xequé AS, Palomé G, Juárez A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. 2016; 13(3): 159-165.
- 36.**Villarroel JF, Cárdenas VH, Miranda JM. Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar 2017; 2(1): 14-17.

ANEXO Nº 1
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: _____

Fecha: ___ / ___ / ___

| VARIABLES DE ESTUDIO |
|--|
| 1.- Nivel dependencia funcional: <ul style="list-style-type: none">• Independiente• Dependiente |
| 2.- Edad: _____ años |
| 3.- Sexo <ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino |
| 4.- Patologías Asociadas: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> HTA<input type="checkbox"/> Alteracion de la Marcha<input type="checkbox"/> Diabetes<input type="checkbox"/> Artrosis |
| 5.- Consumo de algunos fármacos: <ul style="list-style-type: none">• Antihipertensivos• Antiinflamatorios• Hipoglucemiantes• Vitaminas |

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO Nº 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

DETERMINAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A UN PROGRAMA FISIOTERAPEUTICO EN EL CIAM – Breña 2018.

Riesgos

Puesto que mi estado de salud puede afectar la seguridad durante el presente estudio, pondré al corriente al investigador de todos mis problemas de salud, así mismo, se informará inmediatamente sobre cualquier molestia o dolor.

Confidencialidad

Durante la realización de la evaluación se pedirá que comparta los resultados de mis pruebas con otros miembros de la clase. Sin embargo, la información sobre mí no será revelada a nadie extraño sin mi autorización.

Beneficios

Este estudio podrá beneficiar a los futuros estudios y sobre todo el poder saber cuánto puede favorecer este tipo de Programas a los adultos mayores y así difundirse en otras instituciones.

Mi inscripción y consentimiento para participar de la evaluación es voluntaria y entiendo que soy libre de retirarme en cualquier momento, por razones de salud. Si tengo alguna otra pregunta que formular relativa a la evaluación soy libre de contactar con:

.....
.....

(Responsable de la investigación) en este número de teléfono:.....

He leído este formulario y he dado mi consentimiento escrito para participar de la evaluación

Yo,.....

..... declaro que mi participación en este estudio es voluntaria.

SI

NO

Investigadora

Participante

ANEXO Nº 3 ÍNDICE DE BARTHEL (IB)

| (Actividades básicas cotidianas-nivel físico). Coloque una X en el espacio indicado. | | |
|---|---|---------------------------------------|
| ¿Hoy usted fue capaz de? | | |
| Alimentación: | Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender mantequilla, etc., por si solo. La comida puede situarse al alcance. | 10___Independiente: |
| | Ej., para cortar o extender la mantequilla. | 5___Necesita ayuda: |
| | Necesita ser alimentado. | 0___Dependiente: |
| Lavado (Baño): | Capaz de bañarse completo; puede ser usando la ducha, la tina o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo sin necesidad de estar una persona. | 5___Independiente: |
| | Necesita alguna ayuda. | 0___Dependiente: |
| Vestirse: | Capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones. Se coloca el sostén, o corsé si lo necesita. | 10___Independiente: |
| | Pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable. | 5___Necesita ayuda: |
| | Necesita ayuda | 0___Dependiente: |
| Arreglarse: | Realiza todas las actividades personales (Ej., lavarse manos y cara, peinarse).Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. | 10___Independiente: |
| | Necesita alguna ayuda. | 5___Dependiente: |
| Deposición: | No necesita ninguna ayuda. | 10___Continente,ningún accidente: |
| | Raro, menos de una vez por semana. | 5___Accidente ocasional: |
| | | 0___Incontinente. |
| Micción: | Seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (Ej., catéter) si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa. | 10___Continente,ningún accidente: |
| | Menos de una vez por semana. Necesita ayuda con instrumentos | 5___Accidente ocasional: |
| | | 0___Incontinente. |
| Sanitario: | Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, limpiar y vaciar completamente la bacinilla o sanitario, sin ayuda. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar- barras para sostenerse. | 10___Independiente: |
| | Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa o usar el papel higiénico. Sin embargo, aun es capaz de utilizar el inodoro. | 5___Necesita ayuda: |
| | Incapaz de usar el sanitario sin ayuda. | 0___Dependiente: |
| Traslado silla-cama: | Sin ayuda en todas las fases. En caso de utilizar silla de ruedas, se aproxima a la cama, frena y la cierra si es necesario. Se mete y se acuesta en la cama, se coloca en posición sentado en la cama. | 15___Independiente: |
| | Incluye supervisión verbal y pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por un cónyuge no muy fuerte. | 10___Mínima ayuda: |
| | Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para salir de la cama o desplazarse. | 5___Gran ayuda: |
| | Necesita grúa o desplazamiento por dos personas. Incapaz de estar sentado. | 0___Dependiente: |
| Deambulación: | Puede usar cualquier ayuda: prótesis, caminador muletas. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 metros. O su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión. | 15___Independiente: |
| | Supervisión verbal o física, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 metros. | 10___Necesita ayuda: |
| | Debe ser capaz de girar solo. | 5___Independiente en silla de ruedas: |
| | Incluye ayuda para voltearse en la cama. | 0___Inmóvil: |
| Escalones: | Capaz de subir y bajar un tramo de escalera sin ayuda o supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para caminar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos. | 10___Independiente: |
| | Supervisión física o verbal. | 5___Necesita ayuda: |
| | Necesita ascensor o un puede subir escalones. | 0___Incapaz: |
| Puntaje total: | | |
| Puntuación: | < 20 (dependiente total), 20-35 (dependiente grave), 40-55 (dependiente moderado), > o igual a 60 (dependiente leve), 100 (independiente). | |

MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVOS | VARIABLES | DIMENSIONES | INDICADORES | METODOLOGIA |
|---|---|--|--|--------------------------------------|---|
| <p>Problema Principal</p> <p>¿Determinar la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM – Breña 2018?</p> | <p>OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Establecer la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018.</p> | <p>Variable Principal</p> <p>Capacidad funcional</p> | <p>Actividades de la vida diaria</p> | <p>Barthel AVD instrumentales</p> | <p>DISEÑO DE ESTUDIOS</p> <p>Estudio descriptiva de tipo transversal</p> |
| <p>Problema secundarios</p> <p>P1. ¿Cuál es la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018, según permanencia en el programa?</p> <p>P2. ¿Cuál es la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018, según la edad?</p> <p>P3. ¿Cuál es la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018, según sexo?</p> <p>P4. ¿Cuál es la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018, según las patologías asociadas?</p> <p>P5. ¿Cuál es la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018, según el consumo de algunos fármacos?</p> | <p>Objetivos secundarios</p> <p>O1. Establecer la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018, según permanencia en el programa.</p> <p>O2. Establecer la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018, según edad.</p> <p>O3. Establecer la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018, según el sexo.</p> <p>O4. Establecer la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018, según la patología asociada.</p> <p>O5. Establecer la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM - Breña 2018, según el consumo de algunos fármacos.</p> | <p>Variables secundarias</p> <p>Asistencia al Programa</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Patologías asociadas</p> <p>Consumo de algunos fármacos</p> | <p>Siempre</p> <p>A veces</p> <p>Casi nada</p> <p>65 a 95 años</p> <p>Femenino y Masculino</p> <p>Hipertensión</p> <p>Diabetes</p> <p>Artrosis</p> <p>Alteración de la marcha</p> <p>Antihipertensivos</p> <p>Hipoglucemiantes</p> <p>Vitaminas</p> <p>Antiinflamatorios</p> | <p>Ficha de recolección de datos</p> | <p>POBLACION</p> <p>La población objeto de estudio estuvo constituida por todos los adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM – Breña 2018. (N=100).</p> <p>MUESTRA</p> <p>Se estudió a todos los adultos mayores que asisten a un programa fisioterapéutico en el CIAM – Breña 2018. Se utilizará o empleará el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple, teniendo como muestra final 55 adultos mayores.</p> |