



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

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE PARTICIPAN DE
TALLERES FISIOTERAPEUTICOS PARA ENFERMEDADES
NEURODEGENERATIVAS DEL CIAM DEL DISTRITO DE LINCE,
2017.**

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

AUTOR: RAMOS RAMOS DE CAMARGO LEYDY ELIZABETH.

ASESOR: LIC.TM. FARJE NAPA CESAR.

LIMA, PERÚ

2018

HOJA DE APROBACIÓN

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE PARTICIPAN DE
TALLERES FISIOTERAPEUTICOS PARA ENFERMEDADES
NEURODEGENERATIVAS DEL CIAM DEL DISTRITO DE LINCE,
2017.**

RAMOS RAMOS DE CAMARGO LEYDY ELIZABETH.

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:

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir una gran meta de mi vida, gracias por inculcar en mí el esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A mis hermanas Luz y Milagritos por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias. A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona.

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

Agradezco a Dios por guiarme en mi camino y por permitirme concluir con mi meta.

A mis padres quienes son mi motor y mi mayor inspiración, que a través de su amor, paciencia, buenos valores, ayudan a trazar mi camino.

A mi esposo por ser el apoyo incondicional en mi vida, que con su amor y respaldo, me ayuda alcanzar mis metas.

Y por supuesto a mi querida Universidad y a todas las autoridades, por permitirme concluir con una etapa de mi vida, gracias por la paciencia, orientación y guiarme en el desarrollo de esta investigación.

Epígrafe:

Cada persona, en su existencia, puede tener dos actitudes: construir o plantar. Los constructores un día terminan aquello que estaban haciendo y entonces les invade el tedio. Los que plantan, a veces sufren con las tempestades y las estaciones, pero el jardín jamás para de crecer.

Paulo Coelho.

RESUMEN

El tipo de estudio realizado fue descriptivo Retrospectivo de corte transversal, el objetivo fue establecer el nivel de calidad de vida en pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017. Los resultados muestran: Solo 159 pacientes fueron evaluados respecto a la calidad de vida con un 79,5%, y 41 pacientes no fueron evaluados y fue un 20,5% del total, se observa que el nivel de calidad de vida pacientes que participaron de talleres fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del CIAM se muestra como regular con un 59,8 seguido de buena con un 20,1%; Deficientes con un 13,2%; muy buena con un 6,9% y finalmente calidad de vida excelente con un 0,0%, con respecto a la Patología de base se dio en los que tenían Parkinson con un 73,6% y finalmente con las enfermedades neuromusculares con un 26,4%, prevalece el rango de edades de 76 a 80 años con un 44,7%, destacando el sexo masculino con un 64,8%, respecto al grado de instrucción se dio en el nivel Superior con un 45,9%, seguido del nivel secundario con 29,6%, del nivel primario con un 17,6% y finalmente nivel inicial con un 6,9%, de acuerdo al tipo de taller fueron los del taller de psicomotricidad con el 56,0%, seguido del taller de gimnasia rítmica con un 27,7% y finalmente los del taller de danza con un 16,3% y el nivel de calidad de vida respecto a la frecuencia de asistencia fue en los que asistieron 3 veces por semana con el 48,4%.

Palabras Clave: Calidad de vida, Parkinson, Enfermedades neuromusculares, Funcionalidad.

ABSTRACT

The type of study was descriptive Retrospective cross-sectional, the objective was to establish the level of quality of life in patients participating in physiotherapy workshops for neurodegenerative diseases CIAM Lince District During the Year 2017. The results show: Only 159 patients were evaluated with respect to the quality of life with 79.5%, and 41 patients were not evaluated and it was 20.5% of the total, it is observed that the level of quality of life patients who participated in physiotherapeutic workshops for neurodegenerative diseases of the CIAM is shown as regular with 59.8 followed by good with 20.1%; Deficient with 13.2%; very good with 6.9% and finely excellent quality of life with 0.0%, with respect to the basic pathology occurred in those who had Parkinson's with 73.6% and finally with neuromuscular diseases with a 26 , 4%, the age range of 76 to 80 years prevails with 44.7%, highlighting the male sex with 64.8%, with respect to the level of instruction it was given in the Superior level with 45.9%, followed by the secondary level with 29.6%, the primary level with 17.6% and finally the initial level with 6.9%, according to the type of workshop were the psychomotor skills workshop with 56.0%, followed of the rhythmic gymnastics workshop with 27.7% and finally those of the dance workshop with 16.3% and the level of quality of life with respect to the frequency of attendance was in those who attended 3 times a week with the 48, 4%.
Keywords: Quality of life, Parkinson's, Neuromuscular diseases, Functionality.

INDICE

RESUMEN.....	1
LISTA DE TABLAS	6
LISTA DE FIGURAS.....	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1. Planteamiento del problema	8
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
1.4. Justificación.....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1. Bases Teóricas.....	14
2.1.1. Enfermedades Neurodegenerativas:.....	14
2.1.2. Principales Enfermedades Neurodegenerativas:.....	14
2.1.3. Calidad de vida	16
2.1.4. Dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud.....	17
2.1.5. Beneficios del ejercicio el Adulto Mayor:	18
2.2. Antecedentes de la Investigación	20
2.2.1. Antecedentes internacionales	20
2.2.2. Antecedentes nacionales	23

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	25
3.1. Diseño del Estudio	25
3.2. Población	25
3.2.1. Criterios de Inclusión	25
3.2.2. Criterios de Exclusión	25
3.3. Muestra	26
3.4. Operacionalización de Variables	27
3.5. Procedimientos y Técnicas.....	28
3.6. Plan de análisis de datos	28
CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS.....	29
4.1. Resultados	29
4.1.1. Características de la muestra.....	29
4.1.2. Nivel de calidad de vida en pacientes con enfermedades neurodegenerativas del CIAM de la muestra.....	30
4.1.3. Nivel de Calidad de vida de la muestra	31
4.1.4. Nivel de calidad de vida de la muestra respecto a la patología de base	33
4.1.5. Nivel de calidad de vida por grupos etáreos.....	35
4.1.6. Nivel de calidad de vida de la muestra respecto al sexo	37
4.1.7. Nivel de calidad de vida de la muestra respecto al grado de instrucción.....	38
4.1.8. Nivel de calidad de vida de la muestra respecto al tipo de taller....	40
4.1.9. Nivel de calidad de vida de la muestra respecto a la frecuencia de asistencia.....	41

4.2. Discusión de Resultados	42
4.3. Conclusiones.....	44
4.4. Recomendaciones.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXO Nº 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	52
ANEXO Nº 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	53

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Edad de la muestra.....	29
Tabla 2: Prevalencia de calidad de vida de la muestra	30
Tabla 3: Prevalencia de calidad de vida de la muestra	31
Tabla 4: Distribución de la muestra respecto a la patología de base	33
Tabla 5: Distribución de la muestra por grupos etáreos	35
Tabla 6: Distribución de la muestra respecto al sexo	37
Tabla 7: Distribución de la muestra respecto al grado de instrucción.....	38
Tabla 8: Distribución de la muestra respecto al tipo de taller	40
Tabla 9: Distribución de la muestra respecto a la frecuencia de asistencia.....	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de nivel de calidad de la muestra	30
Figura 2. Prevalencia de nivel de calidad de la muestra	32
Figura 3. Distribución de la muestra respecto a la patología de base	34
Figura 4. Distribución de la muestra por grupos etáreos.....	36
Figura 5. Distribución de la muestra respecto al sexo.....	37
Figura 6. Distribución de la muestra respecto al grado de instrucción	39
Figura 7. Distribución de la muestra respecto al tipo de taller.....	40
Figura 8. Distribución de la muestra respecto a la frecuencia de asistencia	41

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades neurodegenerativas son muy heterogéneas en cuanto a sus síntomas, se desconocen las causas que provocan la pérdida de las neuronas en las enfermedades neurodegenerativas, siendo el principal factor de riesgo el incremento de la edad. Es por ello que el incremento previsto para los próximos años de la esperanza de vida de la población hará que las prevalencias de estas patologías se dupliquen. En la actualidad hay muchas opciones farmacológicas que tienen un efecto sintomático en estas enfermedades, pero ninguno que haya demostrado alguna utilidad con relevancia clínica para frenar la progresión del proceso degenerativo.

La enfermedad de Parkinson es una de las patologías neurodegenerativas más comunes y por tanto tema de interés para los fisioterapeutas ya que es una enfermedad que afecta al sistema nervioso, concretamente al área encargada de coordinar el tono muscular y los movimientos. El tratamiento de la enfermedad permite la aplicación de métodos, procedimientos y actuaciones fisioterápicas de reeducación o recuperación funcional dirigidas al mantenimiento y promoción de la salud. Este tratamiento está encuadrado dentro de un equipo multidisciplinar.

A través del siguiente trabajo se van a proponer diferentes actuaciones terapéuticas para la mejora de la calidad de vida del paciente con Parkinson.

CAPITULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

En los países industrializados, la enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer, afecta a 1% de la población mayor de 55 años y a 3% de la mayor de 70 años. La edad promedio de inicio son los 60 años y en 80% de los casos los pacientes desarrollan esta enfermedad entre los 40 y los 70 años; sólo 5% presentan síntomas antes de los 40 años. (1).

La fundación para la Enfermedad de Parkinson en Estados Unidos afirma que mundialmente hay un poco más de 10 millones de personas diagnosticadas y que afecta una y media veces más a hombres que a mujeres (2). Desde otra perspectiva, la fundación europea para la Enfermedad de Parkinson (EPDA) calcula un poco menos, estimado esta población en 6,3 millones. Afirmando que 1,2 millones de personas tienen Parkinson en Europa, aproximadamente 260,000 en Alemania, 200,000 en Italia, 150,000 en España, 120,000 en Inglaterra, 117,000 en Francia. 63,000 en Polonia, 28,000 en Holanda y 23,000 en Bélgica (3)

Brasil, diversos estudios muestran que el 3,3% de los individuos con más de 65 años presentan Parkinson. Debido a que su característica progresiva y crónica, la enfermedad afecta la calidad de vida (QV) de las personas que la padecen. (4)

En Chile se estima que la enfermedad afecta entre 30 y 35 mil personas. Cabe destacar que existe un predominio del género masculino de

3:2 la razón con respecto a la mujer. En general el inicio de la enfermedad promedio es a los 59.8 años, aunque existe un 10% que se observa antes de los 40 años. (5)

En México de acuerdo con la Secretaría de Salud, afecta a medio millón de mexicanos mayores de 60 años. Se estima que para el 2030 esta cifra será duplicada por lo que conlleva a un problema de salud pública. (6)

En el Perú no hay cifras oficiales, pero se estima que unos 30,000 peruanos sufrirían de Parkinson y cada año se diagnostican entre 2,000 a 3,000 casos nuevos casos. Aunque la cifra no parece muy elevada, sí es importante porque la mayoría de las pacientes son personas mayores de 60 años. Además, solo en Lima habría 10,000 personas con este mal", señaló Carlos Cosentino, jefe del departamento de enfermedades degenerativas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. (7)

La discapacidad está presente en todos los estadios de la enfermedad, afectándose la calidad de vida del paciente. Aún en etapas tempranas de la evolución puede producirse discapacidad importante, generando dependencia. La enfermedad de Parkinson tiene impacto principalmente en la movilidad de los pacientes presentando trastornos de la marcha, dificultad en la integración de los movimientos y episodios de parálisis. Todos estos factores provocan un aumento en la incidencia de caídas, con el riesgo concomitante de fracturas: en un estudio se observó que un 27% de los pacientes con enfermedad de Parkinson habían tenido una fractura de cadera dentro de los 10 años del diagnóstico. (8,9)

Es por ello que la fisioterapia puede mejorar la discapacidad de los pacientes con enfermedad de Parkinson, actuando como coadyuvante de la terapia farmacológica. El objetivo de la fisioterapia en esta enfermedad es mejorar al máximo posible la capacidad funcional y disminuir las complicaciones secundarias, a través de una rehabilitación 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 y reeducación de la movilidad. (10)

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema General

- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017?

1.2.2. Problemas específicos

P1. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos para enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017, según la patología de base?

P2. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos para enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017, según edad?

P3. ¿Cuál es el nivel de Calidad de vida de pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos para enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017, según sexo?

P4. ¿Cuál es el nivel de Calidad de vida de pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos para enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017, según el grado de instrucción?

P5. ¿Cuál es el nivel de Calidad de vida de pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos para enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017, según el tipo taller que realiza?

P6. ¿Cuál es el nivel de Calidad de vida de pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos para enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017, según frecuencia de asistencia?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general:

- Establecer el nivel de calidad de vida en pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos:

O1. Determinar el nivel de Calidad de vida de pacientes que participa de talleres fisioterapéuticos para enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017, según la patología de base.

O2. Determinar el nivel de Calidad de vida en pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017, según edad.

O3. Establecer el nivel de Calidad de vida de pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017, según sexo.

O4. Establecer el nivel de Calidad de vida de pacientes que participan de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017, según el grado de instrucción.

O5. Determinar el nivel de Calidad de vida de pacientes que participan de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017, según el tipo de taller que realiza.

O6. Determinar el nivel de Calidad de vida de pacientes que participan de Talleres fisioterapéuticos en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017, según la frecuencia de asistencia.

1.4. Justificación:

En los últimos años, las enfermedades neurodegenerativas se han convertido en un problema de salud mundial que debe ser abordado sin demora debido a diferentes motivos, tanto humanos como sociales y económicos. Por un lado, está el impacto físico, psíquico y emocional que tienen para los enfermos que las padecen y sus familias, así como los efectos colaterales negativos en su esperanza y calidad de vida, y en su desarrollo personal, social y profesional. Por otro, las repercusiones económicas que estas enfermedades generan sobre el propio enfermo y su entorno más cercano, repercusiones que en muchas ocasiones intensifican el propio deterioro psicológico y social, cronificándose así en un círculo vicioso. La condición de dependencia gradual asociada a muchas de las enfermedades neurodegenerativas es uno de los principales motivos de preocupación (11).

Es por ello que la finalidad de esta investigación fue conocer la calidad de vida de pacientes en relación con los talleres fisioterapéuticos en enfermedades neurodegenerativas que se desarrollan en el CIAM y los factores contribuyentes (patologías de base, edad, sexo, fármacos que consumen, tipo de taller, frecuencia de asistencia), los resultados mostrarán la relevancia de la participación de esta población a diversos talleres de actividad física.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas

2.1.1. Enfermedades Neurodegenerativas:

En la actualidad, los mecanismos biológicos y/o ambientales que propician el desarrollo de las principales enfermedades neurodegenerativas son todavía una incógnita. 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 o, en el mejor de los casos, en convertirlas en enfermedades crónicas. (12)

2.1.2. Principales Enfermedades Neurodegenerativas:

Demencias y Enfermedad de Alzheimer (EA): enfermedad neurodegenerativa que conlleva una pérdida importante de las capacidades cognitivas. De entre los diferentes tipos de demencia, el Alzheimer (EA) es el más común, suponiendo entre un 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 (13). Sus primeros síntomas suelen estar relacionados con pérdidas de memoria, progresando gradualmente hasta incapacitar completamente a los afectados para poder llevar una vida autónoma. Además, lleva implícitos otros síntomas como son la dificultad de resolver problemas o completar tareas domésticas cotidianas, cometer errores semánticos al hablar o tomar decisiones equivocadas, así como cambios en el carácter y en la personalidad. (14)

La enfermedad de Parkinson (EP): es la segunda enfermedad neurodegenerativa más común después del Alzheimer. 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. La enfermedad tiene un progreso lento y, aunque en sí misma no es causa de muerte, puede implicar una reducción en la esperanza de vida, no se conoce su origen, por lo que tampoco es posible su prevención, y el principal factor de riesgo es también la edad. Actualmente tampoco existe cura definitiva, aunque un tratamiento múltiple que combine farmacología, fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional puede ser eficaz para minimizar el impacto en los pacientes. (15)

La Esclerosis Múltiple (EM): es habitualmente diagnosticada entre los 20 y los 30 años de edad, aunque puede darse en la madurez y también en la infancia. Es una enfermedad inflamatoria crónica de origen autoinmune en la que el propio sistema inmunitario del paciente ataca las células del sistema nervioso central, afectando así la capacidad funcional del mismo. Es una enfermedad a largo plazo, fluctuante y que evoluciona de forma impredecible en forma de brotes, dependiendo de la parte del sistema nervioso al que afecte el ataque inmunitario. Los efectos de estos ataques pueden ser permanentes. En cualquier caso, su efecto sobre la esperanza de vida es pequeño. En la actualidad no existe cura, pero la medicación puede reducir la frecuencia y la gravedad de los ataques. (16,17)

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. (18)

Las enfermedades neuromusculares (ENM): presentan como característica común la pérdida de fuerza, que con frecuencia es progresiva. La debilidad conlleva problemas ortopédicos secundarios, como rigidez o deformidades articulares, que son especialmente importantes en las enfermedades que se inician en la edad pediátrica. (19)

Otros síntomas frecuentes en la esfera motora son la fatiga, las contracturas, o la dificultad para la relajación muscular. Las principales manifestaciones no motoras son la alteración de la sensibilidad, el dolor y la disautonomía. Con la evolución de la enfermedad es frecuente la aparición de problemas respiratorios y/o cardíacos, que constituyen la principal causa de mortalidad, y deglutorios, que condicionan la necesidad de gastrostomía. (20)

2.1.3. Calidad de vida:

Hace referencia a las perspectivas del sujeto, reflejada en reacciones cognitivas y afectivas sobre sus ideas personales y la situación actual. El

Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como “Una percepción individual de su posición en la vida, dentro del contexto cultural y sistema de valores en sus vidas y su relación con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones, este concepto incorpora la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y sus relaciones con situaciones nuevas con su entorno. (21)

2.1.4. Dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud:

Funcionamiento físico: Incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físicos, y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud. No se debe confundir la presencia o no de la sintomatología debida a una enfermedad con la repercusión que dicha sintomatología tiene sobre la calidad de vida. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria. Incluye la repercusión de las deficiencias de la visión, la audición y el habla, y de los trastornos del sueño, así como de la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autoestima. (22)

Bienestar psicológico: Algunos autores llaman a esta dimensión salud mental. Recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo. La capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo, y la capacidad de pensar con claridad son conceptos típicos de esta dimensión. También recoge la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento. (23)

Estado emocional: Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico. (24)

Dolor: Evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana. Aunque el dolor podría considerarse una parte de la dimensión “funcionamiento físico”, lo habitual es tratarlo por separado, por la gran variabilidad existente entre individuos en cuanto a la percepción del dolor y la tolerancia al mismo. (25)

Funcionamiento social: Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral. (26)

2.1.5. Beneficios del ejercicio el Adulto Mayor:

- La actividad física mantiene y mejora la función músculo-esquelética, osteoarticular, cardiocirculatoria, respiratoria, endocrino-metabólica, inmunológica y psiconeurológica. De manera indirecta, la práctica de ejercicio físico tiene efectos beneficiosos en la mayoría, si no en todas, las funciones orgánicas del mayor, contribuyendo a mejorar su funcionalidad, lo cual es sinónimo de mejor salud, mejor respuesta adaptativa y mayor resistencia ante la enfermedad. (27)

- Reduce la incidencia de todas las enfermedades cardiovasculares en general, mediante la disminución y prevención de los factores de riesgo asociados.
- Ayuda a mantener un balance nutricional y metabólico más adecuado, reduciendo el riesgo de síndrome metabólico.
- Retrasa la resistencia a la insulina asociada con el envejecimiento por lo que la incidencia de obesidad y diabetes tipo II en este grupo poblacional se reduce.
- Reduce la pérdida mineral ósea, al potenciar la actividad hormonal osteoblástica y el proceso de remodelación ósea, previene el riesgo de sufrir fracturas.
- Favorece el fortalecimiento muscular, lo que afecta directamente a la funcionalidad física del individuo.
- Se reduce el riesgo de caídas, especialmente mediante el fortalecimiento muscular y la mejora del equilibrio, coordinación y agilidad.
- Refuerza el sistema inmune, reduciendo la incidencia de algunos tipos de cáncer, especialmente los de mama, colon y páncreas.
- Sumado al beneficio preventivo, es una terapia altamente efectiva para la recuperación física y emocional tras la superación del cáncer.
- Es una herramienta eficaz para controlar la fatiga subyacente en el proceso de recuperación del cáncer.
- Reduce el dolor musculoesquelético asociado al envejecimiento.

- Protege frente la osteoartritis.
- Principalmente como consecuencia paralela de las mejoras vasculares ocasionadas por el ejercicio aeróbico, mejora la función eréctil del mayor y favorece una mejor respuesta sexual.
- Incrementa y conserva la función cognitiva.
- Protege frente al riesgo de desarrollar demencia o Alzheimer.
- Produce un incremento de la funcionalidad física y como consecuencia, favorece una mejora de la autoeficacia y autoestima.
- Disminuye la prevalencia de depresión, ansiedad y otras enfermedades mentales.
- Favorece la cohesión e integración social de la persona mayor.

2.2. Antecedentes de la Investigación

2.2.1. Antecedentes internacionales:

Estudio de revisión sistemática (2008). Fisioterapia en pacientes con enfermedad de Parkinson. Los antecedentes detallan que a pesar del óptimo tratamiento médico o quirúrgico, los pacientes con enfermedad de Parkinson desarrollan una discapacidad progresiva. El rol del fisioterapeuta es aumentar al máximo la capacidad funcional y disminuir las complicaciones secundarias, por medio de la rehabilitación del movimiento en el contexto de un programa de educación y apoyo para el individuo. El objetivo fue comparar la eficacia y efectividad de la fisioterapia versus placebo o ninguna intervención en pacientes con enfermedad de Parkinson. La estrategia de búsqueda de los estudios relevantes fueron identificados por medio de

búsquedas electrónicas en MEDLINE, EMBASE, CINAHL, ISI-SCI, AMED, MANTIS, REHABDATA, REHADAT, GEROLIT, Pascal, LILACS, MedCarib, JICST-EPlus, AIM, IMEMR, SIGLE, ISI-ISTP, DISSABS, Conference Papers Index, Aslib Index to Thesis, el Registro Cochrane de Ensayos Controlados (Cochrane Controlled Trials Register). Sólo se incluyeron ensayos clínicos aleatorios (ECAs), aunque se aceptaron aquellos estudios que utilizaron métodos de asignación cuasi-aleatorios. Los resultados principales de 11 estudios con un total de 280 pacientes. Ocho ensayos no tuvieron un tratamiento placebo adecuado, en todos los estudios el número de pacientes evaluado fue pequeño y sólo en cuatro los métodos de asignación aleatoria y encubrimiento de la asignación fueron adecuados. Estos problemas metodológicos podrían potencialmente generar sesgos. Si bien 10 de los estudios reportaron un efecto positivo de la fisioterapia, pocas de las medidas de resultados evaluadas tuvieron cambios estadísticamente significativos. En cuatro estudios se midió la velocidad al andar, que aumentó significativamente en dos de ellos. La otra medida de resultado evaluada en más de un estudio fue la longitud del paso, que mejoró significativamente en dos ensayos. Otras cinco medidas de resultados mejoraron significativamente en estudios individuales, pero en otras ocho no hubo mejoría significativa. (28)

Estudio realizado en Brasil (2015). Impacto de un programa de ejercicios Aspectos físicos, emocionales y sociales de la calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson. El objetivo de este estudio fue evaluar los cambios en los diferentes dominios de la calidad de vida para las personas

con enfermedad de Parkinson después de un taller recreacional. Veinte sujetos con un diagnóstico de enfermedad de Parkinson clasificados como Etapas 1 a 3 en la escala de Hoehn y Yahr con una edad media de 61.5 ± 9.8 años participaron en 36 sesiones grupales de un programa de grupo combinado de Tai Chi y gimnasia rítmica. QL fue investigado por Nottingham Health Profile, un cuestionario genérico compuesto por seis dominios. Las pruebas t de Student emparejadas indicaron ganancias significativas asociadas con el taller ($P < 0.05$) en el puntaje total y aquellas relacionadas con las reacciones emocionales (ER), las interacciones sociales (SI) y la habilidad física (PA). SI fue el dominio que mostró las mayores ganancias del programa (41,4%). El taller recreacional realizado con personas con la enfermedad de Parkinson en etapas de leves a moderadas dio como resultado mejoras en su percepción de QL, principalmente en los dominios de ER, SI y P. (29).

Estudio realizado en España (2016). Evaluación exhaustiva de estudios que investigaran acerca de si la danza favorece la rehabilitación de los enfermos de Parkinson. El objetivo de esta revisión era estudiar los efectos de la danza en la rehabilitación de personas con enfermedad de Parkinson que presenten alteraciones motrices y locomotoras que afecten a su calidad de vida. Se incluyeron 13 ensayos con 384 participantes y se evaluaron 4 estilos diferentes de danza, los cuales mostraron resultados favorables en parámetros como: función física, equilibrio, marcha, riesgo de caída y calidad de vida. A pesar de existir pocos ensayos clínicos, el análisis de los resultados sugiere de que la danza puede mejorar la rehabilitación de alteraciones motoras, ya que se aprecia una disminución del riesgo de caída al mejorar el equilibrio y la

marcha. La calidad de vida se midió mediante el cuestionario PDQ39 en 3 estudios. En 2 de ellos se encontraron diferencias significativas al estudiar y comparar el efecto del tango con otro estilo de danza o ejercicio. Este último alcanzó resultados satisfactorios en el área de movilidad y soporte social. En 2 estudios se pasó un cuestionario de calidad de vida y bienestar en el que se obtuvieron elevados resultados en los ítems diversión, movilidad y sociabilización. En la evaluación de depresión no hubo diferencias significativas entre grupos, pero en todos se destacó el interés de los sujetos por seguir después del estudio con las clases de danza. Esta revisión sistemática sugiere que la danza puede disminuir el riesgo de caídas en enfermos de Parkinson al mejorar el equilibrio y la marcha de los sujetos estudiados. Todo ello podría contribuir a mejorar la calidad de vida. (30)

2.2.2. Antecedentes nacionales

Estudio realizado en Lima (2013). Perfil clínico de la enfermedad de Parkinson en el Servicio de Neurología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, periodo enero – diciembre del Año 2013”. Cuyo objetivo fue Identificar el perfil clínico de la Enfermedad de Parkinson en pacientes atendidos en consulta externa del servicio de neurología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el periodo Enero-diciembre del año 2013. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, donde se revisaron las Historias clínicas de los pacientes con Enfermedad de Parkinson atendidos en los consultorios del Servicio de Neurología durante el año 2013. Los datos fueron recolectados en una ficha electrónica de Microsoft Office Excel versión

2010, para su posterior transferencia y procesamiento SPSS versión 19.0. Después de la revisión de las historias clínicas, 134 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, evidenciándose en ellos un predominio masculino (1.68/1), con una frecuencia de 84 varones (62.7%), con una edad promedio de 72,37. El síntoma predominante fue rigidez en 93 pacientes (69,4%), seguido de temblor de reposo en 86 pacientes (64,2%) y bradicinesia en 57 pacientes (42,5%). La afectación inicial de los síntomas fue a predominio de miembro superior derecho con un 69,4% de pacientes. Dentro de los síntomas no motores se observó que la afectación principal fue la del sueño en 68 pacientes (62,4%), seguida de depresión en 26 pacientes (23,9%). Dentro de los síntomas autonómicos tenemos que 55 pacientes (55,6%) presentaron alteraciones gastrointestinales y de estos pacientes 36 (26,9%) presentaron constipación, 15 (11,2%) pacientes presentaron disfagia y 4 (3%) pacientes ambas patologías. Se presentan las características clínicas de pacientes con enfermedad de Parkinson, revelando el estudio un predominio del sexo masculino similar a otros estudios, con edad promedio dentro del rango reportado en la mayoría de las literaturas. La mayoría presentó afección en miembro superior derecho. Si bien los síntomas cardinales fueron rigidez, bradicinesia y temblor, se observó que un alto porcentaje presentó también síntomas que engloban diversos factores neurobiológicos como alteraciones del sueño y depresión, asimismo alteraciones autonómicas como la constipación. (31)

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 pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017, los cuales presentan como patología de base Parkinson y Enfermedades Neuromusculares (N=200).

3.2.1. Criterios de Inclusión

- Registro de datos completos de todos los pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017.
- Pacientes cuyo rango de edades comprenden de 60 a 80 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que presentaron Parkinson como patología de base.
- Pacientes que estén inscritos por lo menos en un taller.
- Pacientes de que asistan de 1 a 3 veces por semana a un taller.

3.2.2. Criterios de Exclusión

- Registro de datos incompletos de todos los pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos para enfermedades

neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017.

- pacientes que no presentaron Parkinson como patología de base.
- pacientes que no estén inscritos por lo menos en un taller.
- pacientes que no asistan por lo menos una vez por semana a un taller.
- pacientes derivados de otras sedes del CIAM.

3.3. Muestra

Se llegó a la muestra a través de los criterios de selección. Se logró estudiar los datos de un mínimo de 159 registro de datos de todos los pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017, los cuales presentaron Parkinson como patología de base. Se utilizará o empleará 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
Calidad de Vida	Percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive.	Registro de datos	Ordinal Cualitativa	Deficiente: 28 a 47 Regular: 48 a 54 Buena: 54 a 59 Muy buena: 59 a 65. Excelente: 65 a 93.
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 Enfermedades Neuromusculares
Edad	Tiempo de vida de en años.	Documento Nacional de Identidad (D.N.I)	Discreta	Números entre 60 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
Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados.	Ficha de Recolección de Datos	Nominal	Inicial Primaria Secundaria Superior
Tipo de taller	Acción que desarrolla un ser vivo o una entidad con fines recreativos y saludables	Ficha de Recolección de Datos	Nominal	Gimnasia rítmica Taller de danza Psicomotricidad
Frecuencia de asistencia	Numero de repeticiones de estar presente en un lugar	Ficha de Recolección de Datos	Nominal	1 vez por semana 2 veces por semana 3 veces por semana

Fuente: Elaboración propia.

3.5. Procedimientos y Técnicas

Se solicitó el permiso correspondiente a través de una carta de presentación avalada por la universidad Alas Peruanas al director del CIAM del distrito de Lince, para poder acceder a la base de datos 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, 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 prevalencia del nivel de calidad de vida en pacientes que participan de talleres fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del CIAM del distrito de Lince 2017.

4.1.1. Características de la muestra

Edad de la muestra

Tabla 1: Edad de la muestra

Características de la edad	
Muestra	159
Media	73,81
Desviación estándar	±4,70
Edad mínima	60
Edad máxima	80

Fuente: Elaboración propia.

La muestra, formada por 159 pacientes que asisten a talleres fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del CIAM del distrito de Lince, 2017 presentaron una edad promedio de 73,81 años, con una desviación estándar o típica de $\pm 4,70$ años y un rango de edad que va desde los 60 a 80 años.

4.1.2. Nivel de calidad de vida en pacientes con enfermedades neurodegenerativas del CIAM de la muestra.

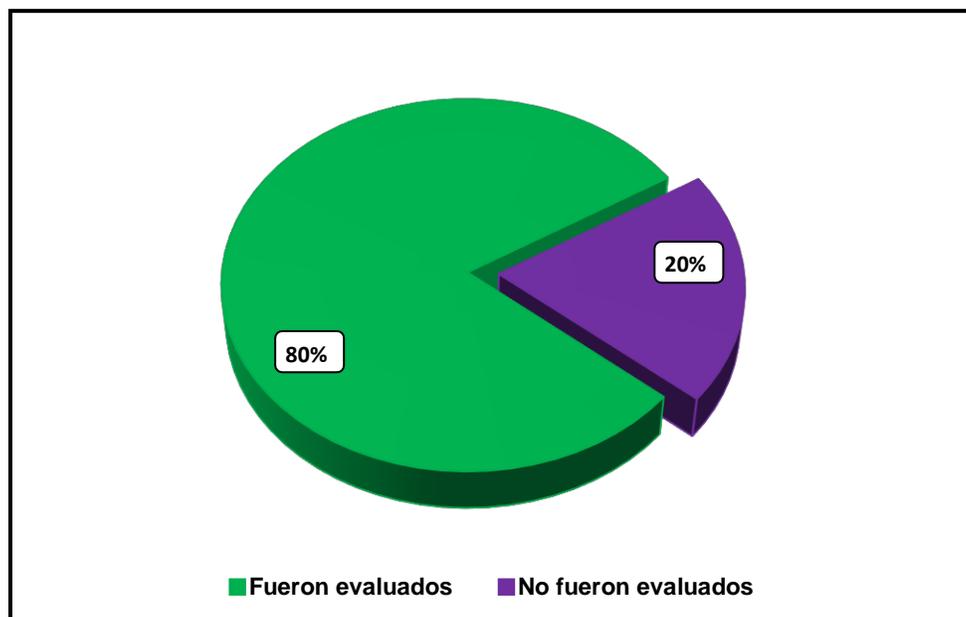
Tabla 2: Prevalencia de calidad de vida de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Evaluados	159	79,5	79,5
No fueron evaluados.	41	20,5	100,0
Total	200	100,0	

Fuente: *Elaboración Propia.*

La tabla 2. presenta la distribución de la muestra respecto a la prevalencia de pacientes con enfermedades neurodegenerativos del CIAM del distrito de lince 2017. Que fueron evaluados respecto a la calidad de vida. Se registró que 159 pacientes fueron evaluados respecto a la calidad de vida con un 79,5%, y 41 pacientes no fueron evaluados respecto a calidad de vida y fue un 20,5% del total.

Figura 1. Prevalencia de nivel de calidad de la muestra



La figura Nº 1 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.3. Nivel de Calidad de vida de la muestra.

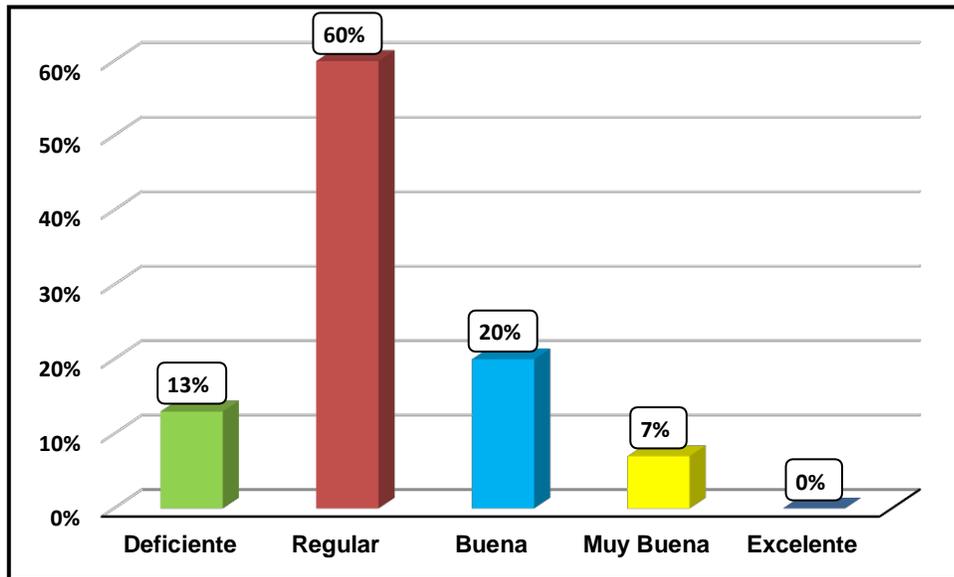
Tabla 3: Prevalencia de calidad de vida de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Deficientes	21	13,2	13,2
Regular	95	59,8	73,0
Buena	32	20,1	93,1
Muy buena	11	6,9	100,0
Excelente	0	0,0	100,0
Total	159	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 3 presenta la distribución de la muestra por calidad de vida en pacientes. Se registró que 21 pacientes que participaron en talleres de fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del CIAM presentaron calidad de vida deficiente, 95 pacientes calidad de vida regular, 32 pacientes calidad de vida buena, 11 pacientes calidad de vida muy buena y 0 pacientes calidad de vida excelente. Se observa que la prevalencia respecto al nivel de calidad de vida mostro regular con un 59,8 seguido de buena con un 20,1%; Deficientes con un 13,2%; muy buena con un 6,9% y finalmente calidad de vida excelente con un 0,0%

Figura 2. Prevalencia de nivel de calidad de la muestra



La figura 2 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.4. Nivel de calidad de vida de la muestra respecto a la patología de base.

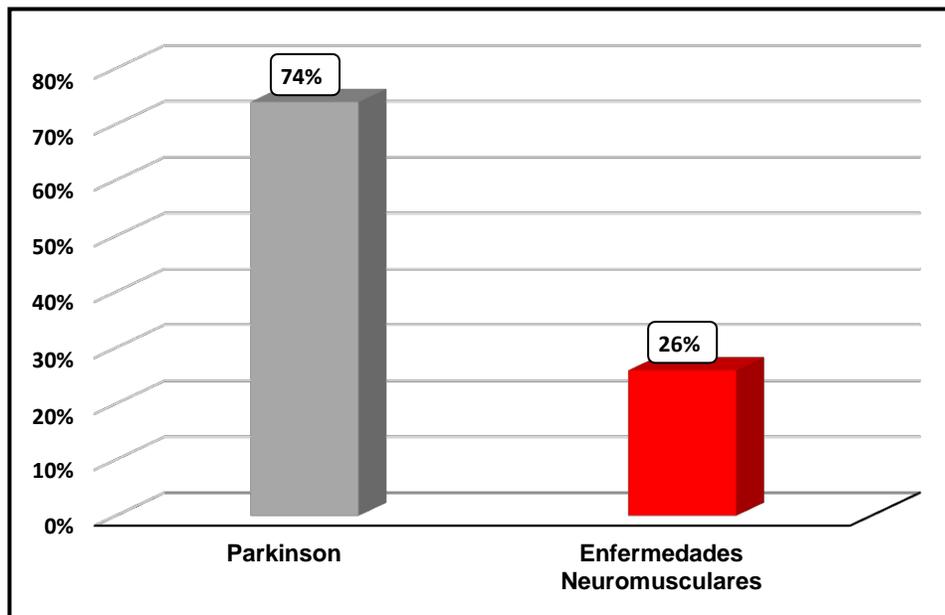
Tabla 4: Distribución de la muestra respecto a la patología de base

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Parkinson	117	73,6	73,6
Enfermedades Neuromusculares	42	26,4	100,0
Total	159	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 4 presenta la distribución de la muestra respecto a la patología de base. Se registró que 117 pacientes que participaron de talleres fisioterapéuticos tenían Parkinson y 42 pacientes enfermedades neuromusculares. Se observa que la prevalencia del nivel de calidad de vida en pacientes que participaron en talleres de fisioterapéuticos en enfermedades neurodegenerativas del CIAM con respecto a la Patología de base fueron en los que tenían Parkinson con un 73,6% y finalmente con las enfermedades neuromusculares con un 26,4%.

Figura 3. Distribución de la muestra respecto a la patología de base



La figura 3 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.5. Nivel de calidad de vida por grupos etáreos.

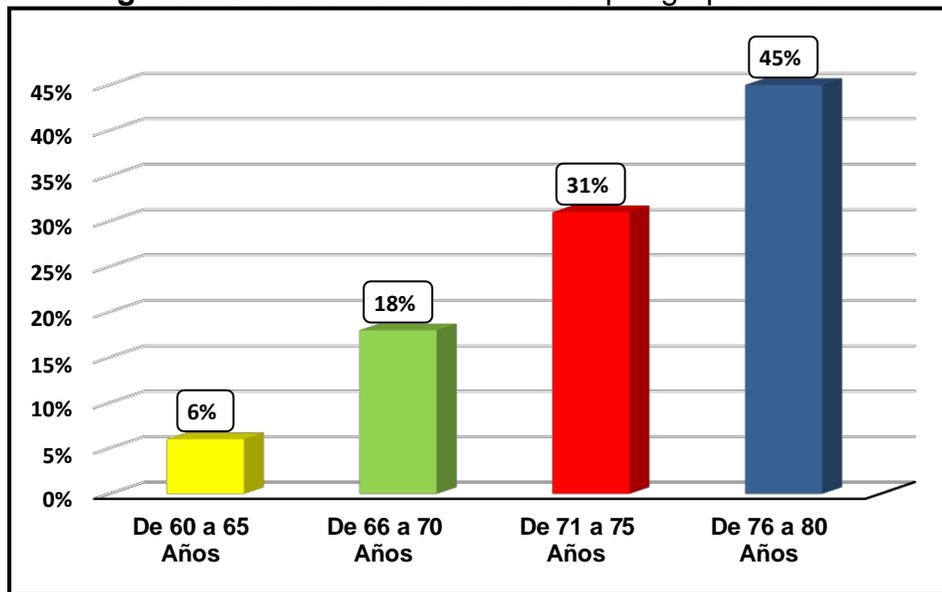
Tabla 5: Distribución de la muestra por grupos etáreos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
De 60 a 65 Años	10	6,3	6,3
De 66 a 70 Años	29	18,2	24,5
De 71 a 75 Años	49	30,8	54,7
De 76 a 80 Años	71	44,7	100,0
Total	159	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 5 presenta la distribución de la muestra por grupos etáreos. Se registró que 10 pacientes que participaron de talleres fisioterapéuticos en enfermedades neurodegenerativos del CIAM tenían entre 60 a 65 años de edad; 29 pacientes tenían entre 66 a 70 años de edad; 49 pacientes tenían entre 71 a 75 años de edad y 71 pacientes tenían entre 76 a 80 años de edad. Se observa que la prevalencia del nivel de calidad de vida con respecto a la edad se dio en el rango de 76 a 80 años con un 44,7%, seguido del rango de 71 a 75 años con un 30,8% del rango de 66 a 70 años con un 18,2% y finalmente en el rango de 60 a 65 años de edad con un 6,3%.

Figura 4. Distribución de la muestra por grupos etáreos



4.1.6. Nivel de calidad de vida de la muestra respecto al sexo.

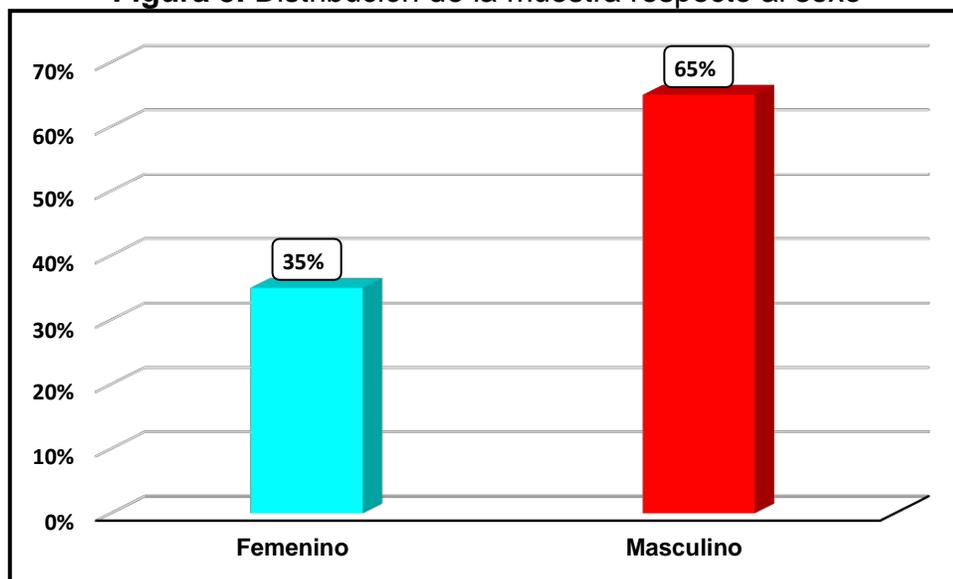
Tabla 6: Distribución de la muestra respecto al sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	56	35,2	35,2
Masculino	103	64,8	100,0
Total	159	100,0	

Fuente: *Elaboración Propia.*

La tabla 6 presenta la distribución de la muestra por sexo, 56 pacientes que participaron en talleres fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativos del CIAM fueron del sexo femenino y 103 pacientes fueron del sexo Masculino. Se observa que la prevalencia del nivel de calidad de vida con respecto al sexo predomina el sexo masculino con un 64,8% y el sexo femenino con un 35,2%.

Figura 5. Distribución de la muestra respecto al sexo



La figura 5 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.7. Nivel de calidad de vida de la muestra respecto al grado de instrucción.

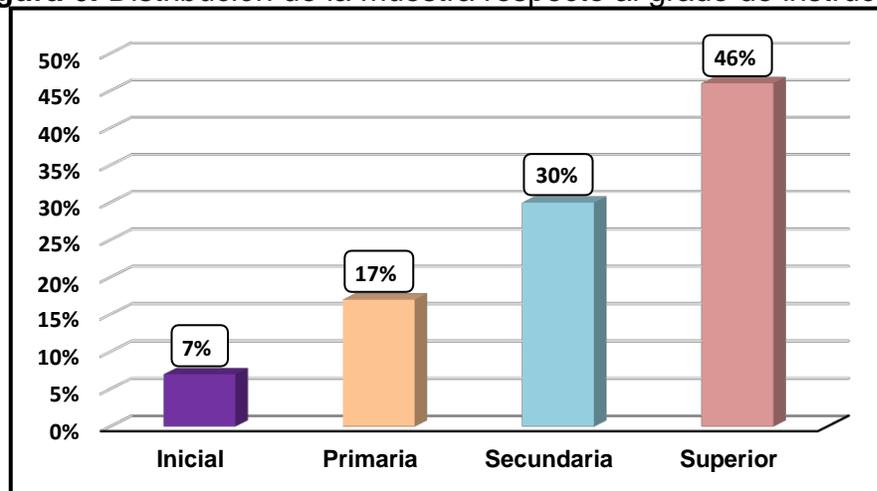
Tabla 7: Distribución de la muestra respecto al grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Inicial	11	6,9	6,9
Primaria	28	17,6	24,5
Secundaria	46	29,6	54,1
Superior	73	45,9	100,0
Total	159	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 7 presenta la distribución de la muestra de acuerdo con el grado de instrucción, 11 pacientes que participaron en talleres fisioterapéuticos cursaron el nivel inicial, 28 pacientes cursaron la primaria, 46 pacientes cursaron la secundaria y 73 pacientes cursaron el nivel superior. Se observa que la prevalencia del nivel de calidad de vida con respecto al grado de instrucción se dio en el nivel Superior con un 45,9%, seguido del nivel secundario con 29,6%, del nivel primario con un 17,6% y finalmente nivel inicial con un 6,9%.

Figura 6. Distribución de la muestra respecto al grado de instrucción



La figura 6 presenta los porcentajes correspondiente.

4.1.8. Nivel de calidad de vida de la muestra respecto al tipo de taller.

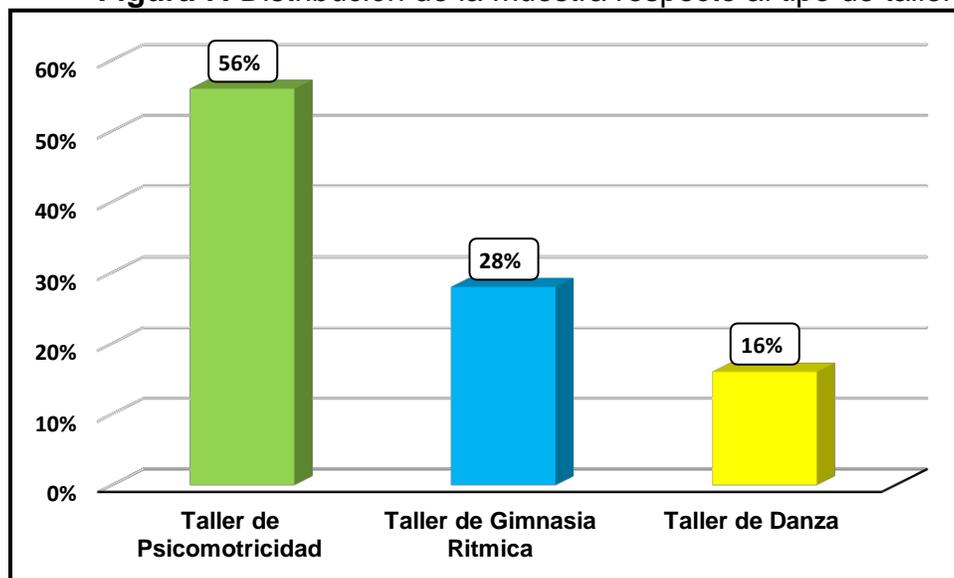
Tabla 8: Distribución de la muestra respecto al tipo de taller

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Taller de psicomotricidad	89	56,0	56,0
Taller de gimnasia rítmica	44	27,7	83,7
Taller de danza	26	16,3	100,0
Total	159	100,0	

Fuente: *Elaboración Propia.*

La tabla 8 presenta la distribución de la muestra respecto al tipo de taller. Se registró que 89 pacientes que participaron de talleres fisioterapéuticos asistieron al taller de psicomotricidad; 44 pacientes al taller de gimnasia rítmica y 26 pacientes fueron al taller de danza. Se observa que la prevalencia del nivel de calidad de vida con respecto al tipo de taller fueron los del taller de psicomotricidad con el 56,0%, seguido del taller de gimnasia rítmica con un 27,7% y finalmente los del taller de danza con un 16,3%

Figura 7. Distribución de la muestra respecto al tipo de taller



La figura 7 presenta los porcentajes correspondiente.

4.1.9. Nivel de calidad de vida de la muestra respecto a la frecuencia de asistencia

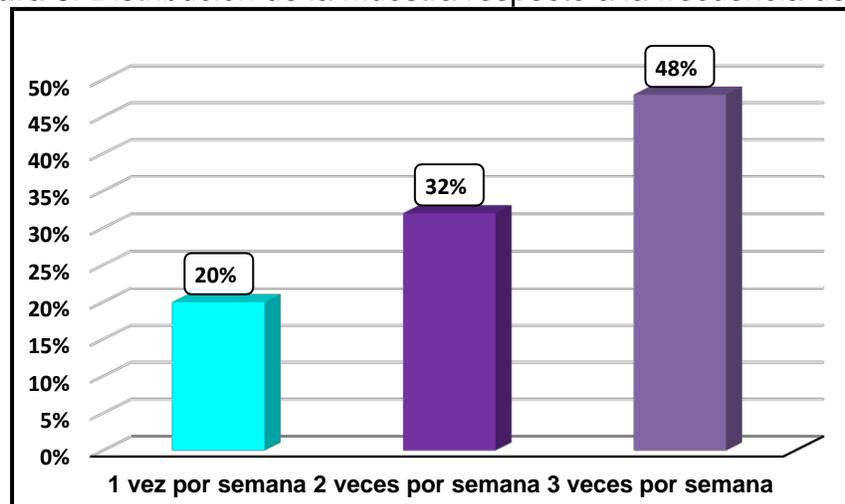
Tabla 9: Distribución de la muestra respecto a la frecuencia de asistencia.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 vez por semana	31	19,5	19,5
2 veces por semana	51	32,1	51,6
3 veces por semana	77	48,4	100,0
Total	159	100,0	

Fuente: *Elaboración Propia.*

La tabla 9 presenta la distribución de la muestra respecto a la frecuencia de asistencia. Se registró que 31 pacientes que participaron en talleres fisioterapéuticos asistieron una vez por semana; 51 pacientes asistieron 2 veces por semana y 77 pacientes asistieron 3 veces por semana. Se observa la prevalencia del nivel de calidad de vida respecto a la frecuencia de asistencia fue en los que asistieron 3 veces por semana con el 48,4%, seguido los que asistieron 2 veces por semana con un 32,1% y finalmente los que asistieron una vez por semana con un 19,5%

Figura 8. Distribución de la muestra respecto a la frecuencia de asistencia



4.2. Discusión de Resultados

Estudio realizado en Brasil en el año 2015. Impacto de un programa de ejercicios Aspectos físicos, emocionales y sociales de la calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson. Los resultados muestran que el dominio que mostró las mayores ganancias del programa El taller recreacional realizado con personas con la enfermedad de Parkinson en etapas de leves a moderadas dio como resultado mejoras en su percepción con (41,4%). QL, principalmente en los dominios de ER, SI y P. (29). En comparación con los resultados de nuestro estudio se hace referencia que un gran porcentaje de pacientes con enfermedades neurodegenerativas asisten y participan de talleres buscando mejorar su función y calidad de vida, es por ello que la prevalencia del nivel de calidad de vida con respecto al tipo de taller fueron los del taller de psicomotricidad con el 56,0%, seguido del taller de gimnasia rítmica con un 27,7% y finalmente los del taller de danza con un 16,3% y respecto a la frecuencia de asistencia fue en los que asistieron 3 veces por semana con el 48,4%, seguido los que asistieron 2 veces por semana con un 32,1% y finalmente los que asistieron una vez por semana con un 19,5%.

Estudio realizado en España en el año 2016. Evaluación exhaustiva de estudios que investigaran acerca de si la danza favorece la rehabilitación de los enfermos de Parkinson. El resultado sugiere de que la danza puede mejorar la rehabilitación de alteraciones motoras, ya que se aprecia una disminución del riesgo de caída al mejorar el equilibrio y la marcha. Esta revisión sistemática sugiere que la danza puede disminuir el riesgo de caídas en enfermos de Parkinson al mejorar el equilibrio y la marcha de los sujetos

estudiados. Todo ello podría contribuir a mejorar la calidad de vida. (30) Del mismo modo se concuerda con esta revisión ya que a través de la realización de actividad física y la participación se logrará un trabajo integrativo de beneficio funcional y mejorando la calidad de vida es por ello que nuestro estudio detalla que un gran porcentaje de pacientes con enfermedades neurodegenerativas asisten y participan de talleres buscando mejorar su función y calidad de vida, es por ello que la prevalencia del nivel de calidad de vida con respecto al tipo de taller fueron los del taller de psicomotricidad con el 56,0%, seguido del taller de gimnasia rítmica con un 27,7% y finalmente los del taller de danza con un 16,3%.

Estudio realizado en Lima en el año 2013. Perfil clínico de la enfermedad de Parkinson en el Servicio de Neurología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, periodo enero – diciembre del Año 2013. Los resultados muestran en ellos un predominio masculino (1.68/1), con una frecuencia de 84 varones (62.7%), con una edad promedio de 72,37. El síntoma predominante fue rigidez en 93 pacientes (69,4%), seguido de temblor de reposo en 86 pacientes (64,2%) y bradicinesia en 57 pacientes (42,5%). (31). Se encuentra concordancia con las características sociodemográficas de nuestros participantes respecto a edad se dio en el rango de 76 a 80 años con un 44,7%, seguido del rango de 71 a 75 años con un 30,8% del rango de 66 a 70 años con un 18,2% y finalmente en el rango de 60 a 65 años de edad con un 6,3% y sexo predomina el sexo masculino con un 64,8% y el sexo femenino con un 35,2%.

4.3. Conclusiones

Con los resultados obtenidos se concluye que los pacientes que participaron de talleres fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del CIAM del distrito de Lince 2017. Solo 159 pacientes fueron evaluados respecto a la calidad de vida con un 79,5%, y 41 pacientes no fueron evaluados y fue un 20,5% del total.

Se observa que el nivel de calidad de vida pacientes que participaron de talleres fisioterapéuticos para enfermedades neurodegenerativas del CIAM se muestra como regular con un 59,8 seguido de buena con un 20,1%; Deficientes con un 13,2%; muy buena con un 6,9% y finalmente calidad de vida excelente con un 0,0%.

El nivel de calidad de vida en pacientes que participaron en talleres de fisioterapéuticos en enfermedades neurodegenerativas del CIAM con respecto a la Patología de base se dio en los que tenían Parkinson con un 73,6% y finalmente con las enfermedades neuromusculares con un 26,4%.

El nivel de calidad de vida con respecto a la edad se dio en el rango de 76 a 80 años con un 44,7%, seguido del rango de 71 a 75 años con un 30,8% del rango de 66 a 70 años con un 18,2% y finalmente en el rango de 60 a 65 años de edad con un 6,3%.

Se observa que la prevalencia del nivel de calidad de vida con respecto al sexo predomina el sexo masculino con un 64,8% y el sexo femenino con un 35,2%.

Se observa que el nivel de calidad de vida con respecto al grado de instrucción se dio en el nivel Superior con un 45,9%, seguido del nivel

secundario con 29,6%, del nivel primario con un 17,6% y finalmente nivel inicial con un 6,9%.

El nivel de calidad de vida con respecto al tipo de taller fueron los del taller de psicomotricidad con el 56,0%, seguido del taller de gimnasia rítmica con un 27,7% y finalmente los del taller de danza con un 16,3%

El nivel de calidad de vida respecto a la frecuencia de asistencia fue en los que asistieron 3 veces por semana con el 48,4%, seguido los que asistieron 2 veces por semana con un 32,1% y finalmente los que asistieron una vez por semana con un 19,5%.

4.4. Recomendaciones

Es de vital importancia para mejorar la calidad de vida de un paciente con esta patología, que el manejo sea multidisciplinario, sumado a ello el abordaje fisioterapéutico será diseñado de acuerdo a sus características y particularidades, pero fundamentada en: La potenciación de la actividad muscular, ejercicios de movilidad y estiramientos, ejercicios de equilibrio, coordinación, control postural y ejercicios de respiración, ejercicios de propiocepción, reducción del patrón de marcha y otros ejercicios dirigidos a mantener su autonomía en la vida cotidiana.

Se recomienda desde un enfoque ergonómico y funcional adaptar la casa, a fin de evitar accidentes y buscando mantener la independencia funcional, se debe adaptar la bañera por un plato de ducha, quitar las alfombras que impidan el paso, añadir agarraderas en el baño y en otras habitaciones donde se considere necesario, poner luces con sensores de movimiento.

Asistir a programas de actividades para adultos mayores, que son ofrecidos en centros del adulto mayor con asistencia/ hogares para ancianos, por que esto agrega posibilidades de socializar y estimulación conductualconductiva, buscando potenciar su calidad de vida.

Mantenerse en contacto con su comunidad religiosa u otros recursos de índole espiritual ya que es parte de las relaciones sociales y de mantener el nexo con el ambiente y entorno en el que siempre se ha desarrollado, todo ello enfocado en el abordaje biopsicosocial.

En estadios avanzados de la enfermedad y cuando los cambios en el pensamiento no permiten seguir instrucciones para hacer ejercicio físico, se puede probar con ejercicios de respuesta automática, tal como lanzar y atrapar una pelota o jugar voleibol con un globo, recoger un objeto, ayudar al individuo a hacer unos cuantos movimientos adicionales mientras se viste, se baña y completa otras actividades de cuidado personal, es importante que el fisioterapeuta diseñe estrategias de acuerdo a cada característica del paciente.

Desarrollar un plan de intervención con enfoque comunitario a través de alianzas con entidades sociales como municipalidades, centros del adulto mayor, comedores populares, vasos de leche con el fin de organizar programas en beneficio del adulto mayor que no tiene acceso a los servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz V., Gómez M, Ruiz A M., Ruiz J, Ruiz Á y Herráez V. Calidad de vida de los enfermos de Parkinson tras tratamiento quirúrgico. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Revista Científica Sociedad Española de Enfermera Neurológica 2011;33(1):10-15
2. Martínez E, Cervantes A, Rodríguez M. Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson. Revista Mexicana de Neurociencia. 2010;11(6) 480-481
3. Menéndez M C., Brochier R B. La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. Textos & Contextos (Porto Alegre), 2011; 10 (1) 183.
4. Alves G., Bjelland E., Freddy K., Dreetz M., Petter J Epidemiology of Parkinson's disease J Neurol (2008) 255 (5):18–32
5. Pla C F., García S, Zárate A, Hernández M, et al. Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson y estimulación cerebral profunda Artículo original Med Int Mex. 2007;23:7-14
6. Pérez C., Vargas C., Silva Juana., Cortés S. Comportamiento de la mortalidad por la Enfermedad de Parkinson en Chile en el periodo 1990-2009. Artículo original. Acta Neurol Colomb. 2014; 30(2):97-102.
7. Rodríguez M, Cervantes A, Camilo de la Fuente S, Velázquez S, Corona T. Comparación de instrumentos clínicos para psicosis en enfermedad de Parkinson. Arch. Neurocién (Mex) 2014 ;19(2) 79-82
8. Chaná P., Jiménez M., Díaz V., Juri C., Mortalidad por enfermedad de Parkinson en Chile. Revista Médica de Chile 2013; 141: 327-331.

9. Gutiérrez C., Torres L., Flores M. Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson que acuden a la consulta externa del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Rev. Per. Neurol 2010, 12(1):7
10. Chána P. Enfermedad de parkinson. International medical texts. Santiago de chile. 2010; 13.
11. Jiménez O. Enfermedad De Parkinson Y Parkinsonismos. Artículo de Revisión (17): 211-212
12. Chouza M. Raposo I., Fernández R., Protocolo de Fisioterapia en el paciente parkinsoniano. Artículo Fisioterapia 2001;23(4):193
13. Cano R., Macías A.I., Crespo V., Morales M. Escalas de valoración y tratamiento fisioterápico en la enfermedad de Parkinson. Artículo Fisioterapia 2004;26(4):203
14. 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
15. 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
16. Pecci C., Bernasconi K., Alén L., López L., Micheli F. Salud percibida en pacientes con enfermedad de Parkinson en comparación con pacientes de salud mental. Rev. Psiquiatr. Urug. 2008;72(2):158-168
17. Urzúa A., Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Artículo de revisión. Rev. Med. Chile 2010; 138: 358-365

18. 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
19. Valverde E., y Flórez M.T. Efecto de la danza en los enfermos de Parkinson. Artículo de Revisión. Fisioterapia. 2012;34(5):216-224
20. Ibarra L. C., Monzón Yolanda., Araujo H., Salinas P. J. Efectos del ejercicio, supervisado o no, en la calidad de vida de pacientes con enfermedad de parkinson. Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Venezuela 2010; 19 (2)
21. Navarro F.M., Marcon S. S. Calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson y su relación con la evolución en el tiempo y la gravedad de la enfermedad. Artículo Original. Revista Latino Americana Enfermagem. Brasil 2012; 20(2): 1-8
22. Bonfanti A. B., Etcheverry J. L., Persi G. G., et cal. Apatía en enfermedad de parkinson impacto sobre la calidad de vida. Artículo original. Medicina (Buenos Aires) 2009; 69: 253-258
23. Rosson S., Fuentealba C., Hormazábal C., et cal. Enfermedad de Parkinson y demencia, calidad de vida y sobrecarga del cuidador. Intervención multidisciplinaria en Atención Primaria Artículos Originales. Rev. Chile. Salud Pública 2013; 17 (1): 48-53
24. Gutiérrez C., Torres L., Flores M. Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson que acuden a la consulta externa del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Rev. Per Neurol 2010, 12(1):7

25. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An Fac Med Lima* 2007; 68(3):284-290
26. Crispin J., Ray F., Peto V, Greenhall R., Hyman N. The Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39): development and validation of a Parkinson's disease summary index score. *Age and Ageing* 1997; 26: 353-357.
27. Valero M. Efectos de la actividad física sobre la actividad cerebral y la variabilidad de la frecuencia cardiaca en adultos mayores. [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2010.
28. Heredia L. Ejercicio físico y deporte en los adultos mayores. *Geroinfo*.2006;1(4):10 paginas
29. Jiménez Y, Núñez M, Coto E. La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. *Inter. Sedes: Revista de las Sedes Regionales*.2013; 14(27):168-181.
30. Gálvez A. Influencia de la actividad física en la capacidad cognitiva de personas mayores de 60 años. [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Granada; 2012.
31. Aparicio V, Carbonell-Baeza A, Delgado. Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*.2010; 10(40):556-576.

ANEXO N° 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE PARTICIPAN DE TALLERES FISIOTERAPEUTICOS PARA ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS DEL CIAM DEL DISTRITO DE LINCE, 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL pp. ¿cuál es el nivel de calidad de vida del Adulto Mayor que participa de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017?</p> <p>PROBLEMA SECUNDARIOS. Ps. ¿cuál es el nivel calidad de vida del Adulto Mayor que participa de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017 según la patología de base? Ps. ¿cuál es el nivel calidad de vida del Adulto Mayor que participa de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017 según edad? Ps. ¿cuál es el nivel calidad de vida del Adulto Mayor que participa de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017 según sexo? Ps. ¿cuál es el nivel calidad de vida del Adulto Mayor que participa de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017 según grado de instrucción? Ps. ¿cuál es el nivel calidad de vida del Adulto Mayor que participa de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017 según el tipo de taller qué realiza? Ps. ¿cuál es el nivel calidad de vida del Adulto Mayor que participa de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017 según la frecuencia de asistencia?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL Op. Establecer el nivel la calidad de vida del Adulto Mayor que participa de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017.</p> <p>OBJETIVOS SECUNDARIOS Os. Determinar el nivel calidad de vida del Adulto Mayor que participa de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017 según la patología de base. Os. Determinar el nivel la calidad de vida del Adulto Mayor que participa de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017 según edad. Os. Establecer el nivel calidad de vida del Adulto Mayor que participa de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017 según sexo. Os. Establecer el nivel calidad de vida del Adulto Mayor que participa de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017 según los grado de instrucción. Os. Determinar el nivel de calidad de vida del Adulto Mayor que participa de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017 según el tipo de taller qué realiza. Os. Determinar el nivel de calidad de vida del Adulto Mayor que participa de Talleres Recreacionales en Enfermedades Neurodegenerativas del CIAM del Distrito de Lince Durante el Año 2017 según según la frecuencia de asistencia.</p>	<p>Variable principal</p> <p>Calidad de vida.</p> <p>Variables Secundarias</p> <p>Patología de base</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Tipo de taller</p> <p>Frecuencia de asistencia</p>	<p>Salud física Salud psicológica Relaciones sociales Ambiente /entorno</p> <p>Parkinson Enfermedades neuromusculares</p> <p>Rangos de 60 a 80 años</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>inicial Primaria Secundaria Superior</p> <p>1 vez por semana 2 veces por semana 3 veces por semana</p> <p>1 vez por semana 2 veces por semana 3 veces por semana</p>	<p>Fue evaluado No fue evaluado</p> <p>Ficha de recolección de datos.</p>	<p><u>DISEÑO DE ESTUDIO:</u> Estudio Descriptivo de Tipo Transversal. <u>POBLACIÓN:</u> Los adultos mayores pertenecientes al CIAM del distrito de Lince durante el año 2017, los cuales tienen enfermedad de Parkinson como base patológica (N=200).</p> <p><u>MUESTRA:</u> Se pretende estudiar y conocer los datos de un mínimo de 159. Registro de datos de todos los adultos mayores pertenecientes al CIAM del distrito de Lince durante el año 2017, el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple.</p>

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA