



Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí
Facultad de Especialidades en Áreas de la Salud

TESIS DE GRADO

Previo a la Obtención del Título de:
Licenciada en Terapia Ocupacional

TEMA:

“INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA OCUPACIONAL EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME PRE CAÍDA EN LOS ADULTOS MAYORES, AYUDANDO A CONSERVAR EL EQUILIBRIO DINÁMICO Y ESTÁTICO QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CENTRO MEDICO SAN PATRICIO UBICADOS EN LA PARROQUIA ELOY ALFARO DE LA CIUDAD DE MANTA, DURANTE EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012”.

AUTORA:

Falcones Tello Mayra Alejandra.

DIRECTOR DE TESIS:

Lic. Luis Ramiro Loor Mera

MANTA MANABÍ ECUADOR

2012-2013

TEMA:

INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA OCUPACIONAL EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME PRE CAÍDA EN LOS ADULTOS MAYORES, AYUDANDO A CONSERVAR EL EQUILIBRIO DINÁMICO Y ESTÁTICO QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CENTRO MÉDICO SAN PATRICIO UBICADO EN LA PARROQUÍA ELOY ALFARO DE LA CIUDAD DE MANTA, DURANTE EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.

DECLARATORIA DE AUDITORIA

Se deja en claro que todas las expresiones vertidas en este proceso investigativo fueron interpretadas, analizadas de acuerdo a la vivencias y criterios de la autora.

Me reservo mi derecho de autoría y expreso que dicho trabajo investigativo no podrá ser reproducido o parcialmente, sin que se cite la ficha bibliográfica.

Mayra Alejandra Falcones Tello

Autora de la Tesis

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí
Facultad de Especialidades en Áreas de la Salud

TEMA:

"INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA OCUPACIONAL EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME PRE CAÍDA EN LOS ADULTOS MAYORES, AYUDANDO A CONSERVAR EL EQUILIBRIO DINÁMICO Y ESTÁTICO QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CENTRO MÉDICO SAN PATRICIO UBICADO EN LA PARROQUIA ELOY ALFARO DE LA CIUDAD DE MANTA, DURANTE EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012”.

TESIS DE GRADO:

Sometida a consideración a los Honorables Miembros que conforman el Tribunal de Tesis de la Facultad de Especialidades en Ciencias de la Salud de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, por parte de su autora: Falcones Tello Mayra Alejandra.

Como requisito previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL

Tribunal de Calificación

Nota

Lcda. Grace Abril Meneses. Mg.

_____ / _____

Lcda. Fátima García Revelo.

_____ / _____

AGRADECIMIENTO

Han sido 5 años de esfuerzos y sacrificios, cerrada esta etapa, me queda agradecer principalmente a Dios por permitirme llegar a esta instancia del camino, en donde me vuelvo una profesional. Agradezco todo su amor y su fidelidad y espero jamás soltarme de su mano.

A mis padres, por ser los co-autores de todo este proceso y por hacer realidad mi sueño de estudiar Terapia Ocupacional, una carrera que me llena de orgullo y refleja lo que tiene mi corazón, la convicción de la justicia, la igualdad, y la lucha por los derechos humanos. A mi abuelita, hermanos, tías, primos por darme el aliento necesario en los momentos en que toda se veía negro.

A mi esposo quien lloró y rió en cada momento junto a mí y fue capaz de contenerme cuando todo iba mal. Gracias por amarme.

Al **“Centro Médico San Patricio”** quienes a través de sus directivos, facilitaron y admitieron el ingreso a sus instalaciones lo cual me permitió realizar mi internado.

A todos ellos muchas gracias

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño, a ti Dios por regalarme una familia maravillosa, gracias mi Dios porque a pesar que no estás papi y ñaño pero sé que desde el cielo me están apoyando y dando toda la fuerza del mundo. Con mucho cariño principalmente a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias a ti mamá, por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre has estado apoyándome y brindándome todo tu amor.

Antonio, a ti por estar conmigo cuando más lo necesito, por brindarme el apoyo incondicional, por ser mi aliento de vida, por ser mi mano derecha, por todo el apoyo que me has dado por continuar y seguir conmigo. A mis hermanos, Raúl, Junior y Luis gracias por estar conmigo y apoyarme siempre los quiero mucho, y por darme la dicha de ser tía. A ti Luis a pesar de que no estás aquí en estos momentos conmigo, se que tu alma si esta y que desde el cielo me deseas lo mejor gracias por compartir momentos de felicidad conmigo y por ser mi hermanito mayor. Nunca te olvidare.

A mis amigas Bexy y Roxana por compartir años de estudios por ser mis amigas incondicionales, por brindarme su apoyo moral y por estar ahí ellas cuando más las necesitaba. A mis licenciados que me apoyaron y aconsejaron en todo momento por brindarme parte de sus conocimientos y permitirme llegar a esta meta, y en especial al Licenciado Luis Loor a más de ser un docente y mi director de tesis es un gran amigo.

Y no me puedo ir si antes decirle, que sin ustedes a mi lado no lo hubiera logrado tantas desveladas sirvió de algo y aquí está mi fruto. Les agradezco a todos ustedes con toda mi alma el haber llegado a mi vida y el compartir momentos agradables y momentos tristes, pero esos momentos son los que nos hacen crecer y valorar a las personas que nos rodea. No me queda más que decir.....

AMO A TERAPIA OCUPACIONAL

INDICE

	Pág.
Portada	
Tema	
Declaratoria de auditoria	
Certificación	
Aprobación del trabajo de Titulación	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Introducción	1
Diseño teórico	3
Diseño Metodológico	6
Marco teórico	11
CAPITULO # I	
1. Epidemiología de las caídas	12
1.1. Mayores con impedimentos sensoriales	12
1.2. Vejez	13
1.2.1 Funcionamiento sensoriomotor	14
1.3. Control postural-equilibrio postural	18
1.4 Síndrome diabético en el adulto mayor	20
1. 5. Consecuencias	21
1. 6 Factores de riesgos extrínsecos e intrínsecos	22
1.6.1. Causas extrínsecas	23
1.7. Intervención del Terapista Ocupacional	24
1.8. Complicaciones de las caídas	25
1.9. Ejecución de taller prevención de caídas	25

1.9.1. Ejecución de talleres de prevención de caídas	26
1.9.2. Consejos para evitar consejos en el hogar	29
CAPITULO # II	
Diseño de la propuesta	32
CAPITULO # III	
Evaluación de los resultado	39
Comprobación de hipótesis	67
Conclusión	68
Recomendación	69
Resumen de Impacto Social	70
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	72

INTRODUCCIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

La caída es un síndrome común entre las personas mayores y no es constitutiva de la edad, sino que es un síntoma de que “algo anda mal”. Es decir constituye una señal de alerta, que nos está avisando por un lado que debemos inquirir más en los exámenes y por otro lado debemos prevenir que las caídas sigan ocurriendo. La humanidad se ha visto siempre agobiada por situaciones tan simples que resultan ser muy complejas en el diario vivir y que afectan en gran parte a una población que en ocasiones suele verse desprotegida por la sociedad en que vivimos.

Las caídas, con su cascada de efectos pueden rápidamente llevar a un adulto mayor a la dependencia y a la postración, y es esa dependencia y postración la que tenemos que evitar, dentro de lo posible. Para poder asimilar de buena forma todo lo concerniente a este proyecto investigativo debemos de considerar que las caídas siempre serán un riesgo para todo ser humano pero con mayor riesgo para los adultos mayores diabético, por lo que requieren un cuidado especial. En esta introducción deseo hacer énfasis en un tema que aprendiendo a prevenir ayudara a evitar y disminuir los riesgos que corren las Personas de Adultos Mayores. Las caídas son más frecuentes en personas más añosas y suelen anteceder a un periodo de declinación gradual de las funciones y al desarrollo de estados confesionales agudos. El 80% de las caídas se producen en el hogar. Un 30% son considerados como inexplicables por el paciente y observador. Las estadísticas arrojan que estos son más proclives a las caídas en el dormitorio, cuarto de baño y cocina. Partiendo de los principios básicos del Terapista Ocupacional nos enfocamos en la intervención que se dirige a sostener y restaurar en la medida de lo posible, destreza y ejecución en los adultos mayores, utilizando actividades con propósito y el entorno para ayudar a adquirir el conocimiento, actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración de los pacientes y mejorar su calidad de vida."

DISEÑO TEÓRICO

EL problema principal de la investigación, se señala que las caídas dentro de las patologías geriátricas son unos de los problemas más importantes, ya que ponen en peligro su salud, siendo unas de las principales causas de lesión, incapacidad e incluso muerte. La aparición de más de dos caídas en un periodo de seis meses se considera como síndrome de caídas. El síndrome de caídas, obedece a diversos factores tanto intrínsecos como extrínsecos del paciente.

Entre los factores intrínsecos se puede mencionar: la edad, enfermedades agudas y crónicas, y el uso de algunos fármacos. Los factores extrínsecos engloban lo que son principalmente las barreras arquitectónicas y condiciones que producen desestabilización como el tipo de calzado o el piso. Dichos factores junto a la debilidad de los miembros inferiores y la falta de equilibrio, determina un riesgo para el adulto mayor de caer y por ende adquirir una discapacidad. Actualmente se realizan investigaciones sobre los factores asociados con las caídas que se producen en el adulto mayor y los vinculados con su entorno, ya que causa importante lesiones, de incapacidad e incluso de muerte.

Es en el propio proceso del envejecimiento, durante el que se originan cambios en los mecanismos que mantienen el equilibrio. También las alteraciones visuales y auditivas, la disminución de la fuerza de agarre y de los miembros inferiores y el empleo de determinados medicamentos, entre otros. El mobiliario, mala iluminación, pisos resbalosos o desnivelados, alfombras o tapetes arrugados, escaleras inseguras, calzados inadecuados también son factores de importancia. Por ende será necesario llevar a cabo varias terapias individuales de auto ayuda por los trastornos inmerso propenso a una caída, el Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Terapia Física, Diabetóloga, Laboratorista, nutrición y odontóloga de la afectación en general.

Por esta razón se justifica este tema para dar importancia de lo que actualmente se está viviendo, las caídas en el adulto mayor es un hecho que en determinadas ocasiones reviste una especial importancia y siempre debe ser motivo de preocupación. Su incidencia y la gravedad de las complicaciones aumentan con la

edad, respecto a los que viven en su domicilio, resbalones, tropezones y caídas dentro y en los alrededores del hogar. El presente trabajo investigativo pretende enfocar su estudio en las estrategias de prevención de las caídas, estas deben ser integrales y polifacéticas; se debe explorar los factores de riesgo y utilizar estrategias preventivas eficaces y que se reduzcan los factores de riesgo; fomentar medidas técnicas que eliminen los factores que posibilitan las caídas; promoviendo la educación grupal para aumentar la concienciación.

Investigaciones han demostrado que las caídas tienen causas de naturaleza multifactorial, influenciadas por las condiciones del individuo dentro del ambiente, y como resultado de la interacción entre ambos. Es por ello que como Terapeuta Ocupacional está capacitado de manera única para atender la prevención de caídas en los adultos mayores mejorando el equilibrio dinámico y estático. Se evalúo tanto el individuo como el ambiente para maximizar la independencia de los adultos mayores EN EL AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL CENTRO MEDICO SAN PATRICIO Enlazando las metas y prioridades con modificaciones y adaptaciones que fomenten la participación en actividades significativas, estas son parte integral de la Terapia Ocupacional.

Como principal objetivo general, Implementar medidas preventivas y de control mediante la intervención del Terapeuta Ocupacional, ayudando a disminuir la tasa de incidencia y las consecuencias del síndrome pre caídas en los adultos mayores diabéticos.

Seguido de los objetivos específicos, establecer la importancia de los factores intrínsecos y extrínsecos que predisponen al adulto mayor a padecer caídas en su entorno.

Es ejecutar un programa de intervención terapéutica con los adultos mayores para conseguir las metas propuestas durante la fase del tratamiento basándose en el equilibrio dinámico y estático.

Determinar parámetros principales que enrumben de forma positiva la autoestima de los adultos mayores diabéticos frente a las posibles caídas.

Mejorar la respuesta adaptativa a la diabetes de los senescentes para mejorar su calidad de vida.

Intervención del Terapeuta ocupacional en la adaptación a las necesidades individuales para centrarse en los factores de riesgos y deficiencia en los adultos mayores.

Hipótesis general, los adultos Mayores del Club DIABETICOS DEL CENTRO MÉDICO SAN PATRICIO conservarán el equilibrio dinámico y estático mediante actividades de destrezas que refuercen el control de estabilidad y seguridad en su diario vivir.

Variable dependiente Equilibrio y locomoción que presentan los adultos mayores del club de diabetes del centro médico san patricio conservaran el equilibrio dinámico y estático mejorando la calidad de vida.

Variable independiente Síndrome pre-caída que presenta el adulto mayor que acude al área de terapia ocupacional determinara el control del equilibrio y la coordinación del movimiento.

DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación se desarrolla desde una estrategia de carácter cualitativo, la cual permite un acercamiento a la vida cotidiana de este grupo tan vulnerable e importante en nuestra sociedad. Además permite indagar los aspectos subjetivos del entorno social y personal que ayudarían a evitar el síndrome pre-caída de los adultos mayores diabéticos del centro médico san patricio.

Tipo de estudio:

Utilizamos el causi-experimetal

Descriptivos:

El análisis se utilizo un diseño de tipo descriptivo los cuales facilitaron la tarea de conocer y aprender sobre el síndrome pre-caída en los adultos mayores diabéticos y que tiene como propósito, diseñar un programa de prevención de caídas para el adulto mayor.

De corte transversal: porque se estudia en tiempo determinado

Universo; es un estudio que va girando en torno a los Adultos mayores del club de diabéticos del centro Médico San Patricio de la Ciudad de Manta.

Población; para la presente investigación se consideró a los miembros del club de diabéticos que está integrado en su mayoría por adultos mayores de una parte de la ciudad. Específicamente de la parroquia Eloy Alfaro.

Muestra; cinco grupo de 10 integrantes por cada grupo sumando un total de 50 adultos mayores diabéticos los cuales son reunidos en forma general en reuniones periódicas pero con consultas personales en sesiones diarias que permiten una mejor interacción para la consecución de buenos resultados.

Métodos de investigación

El presente trabajo investigativo se realizo con los siguientes métodos.

Método Deductivo. Partiendo de datos e información general valedera para deducir parte de verdades previamente establecidas como principios generales en relación a nuestro estudio el síndrome de pre-caídas y aplicarlo en forma de respuesta o solución a nuestra problemática.

Método Inductivo. Permitió realizar un estudio y análisis del síndrome de pre-caídas del Centro Médico san Patricio.

APLICAMOS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Las técnicas básicas que guiaron el proceso investigativo para la recolección de información son;

OBSERVACIÓN

Se uso la modalidad de observación Participante como actividad consiente dirigida a los adultos mayores.

Esta técnica de recolección de datos e información consiste en observar directamente en su contexto real a nuestro grupo de estudio en este caso los adultos mayores del club de diabéticos del Centro Médico San Patricio para captar los aspectos, conductas y reacciones más significativos que son difíciles de traducir con palabras. Es una técnica que solicita menos la cooperación activa por parte de los adultos mayores y que permitio el estudio sin intermediaciones y en el momento que ocurren evitando la deformación de los hechos.

ENTREVISTAS.

Realizamos la entrevista en dos formas: Entrevista Semiestructurada y Entrevista en Profundidad, para tener puntos de vista diferentes pero con un fin en común mutuo.

Entrevista en Profundidad: para acceder a información directa de los adultos mayores y poder comprender más todo lo relacionado a su diario vivir usando preguntas flexibles, dinámicas y abiertas

Entrevista Semiestructurada: las preguntas pueden ser abiertas o cerradas, siendo conveniente dar uso a la combinación de ambas, esta entrevista va dirigida a tres profesionales que son los encargados de controlar el proceso de prevención y cuidado de la salud de los adultos mayores.

TEST DE EVALUACION:

Test de evaluación nos ayudo con información precisa y oportuna en tiempo inmediato para la consecución de resultados en beneficio de los adultos mayores.

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Entre el instrumento que se utilizo para lo que es el proceso investigativo y tener material como recopilar datos son:

INSTRUMENTO DE LA EVALUACION

Es un test estandarizado que ayudo desde el inicio del tratamiento verificar las deficiencias presentadas y las reevaluaciones que se hizo para conseguir el avance presentado y los alcances del síndrome pre-caída durante el proceso del tratamiento.

FORMATO DE ENTREVISTA

En los que se recolectara datos personales, diagnósticos médicos, deficiencias sistémicas problemas asociados. Que puedan influir en el tratamiento Terapéutico Ocupacional.

CAMARA FOTOGRAFICA Y VIDEOS

Ayudo a tener nociones visuales del trabajo realizado en el tiempo de investigación y los logros adquiridos.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- Licenciados Luis Loor Director de Tesis.
- Alexandra Romero Rosero Administradora del “CENTRO MÉDICO SAN PATRICIO”.
- Doctora Libia Saltos Coordinadora del “CENTRO MÉDICO SAN PATRICIO”.
- Doctora Leonor Ferrin Médico Tratante del Club del Diabético “SAN PATRICIO”.
- Dra. Olga Castro Odontóloga “CENTRO MÉDICO SAN PATRICIO”
- Lcda. Grace Roca Laboratorista del “CENTRO MÉDICO SAN PATRICIO”.
- Adultos, y Adultos Mayores Diabéticos de la Parroquia SAN PATRICIO
- Sra. Mayra Alejandra Falcones Tello, Autora de la presente Tesis.

RECURSOS INSTITUCIONALES

- Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y su Biblioteca en General.
- Facultad de Especialidades en Áreas de la Salud.
- Especialidad de Terapia Ocupacional.
- Centro Médico San Patricio ubicado en Cuba Parroquia Eloy Alfaro de la Ciudad de Manta.

RECURSOS TÉCNICOS

- Hojas
- Copias
- Internet
- Trabajos en computadora
- Anillado
- Transporte

RECURSOS FINANCIEROS

RECURSOS	COSTO TOTAL
Hojas	50,00
Carpetas	4,00
Anillados	10,00
Copias	20,00
Internet	35,00
Transporte	250,00
Impresiones	45,00
Trabajos en computadoras	30,00
Fotos	20,00
Cd	15,00
Gastos varios	50,00
TOTAL	529,00

El presente trabajo investigativo fue financiado por la Autora de la Tesis Falcones
Tello Mayra Alejandra

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CAÍDAS

La inestabilidad de la marcha y las caídas está considerado como el Gran Síndrome de la Geriátrica lo que genera frecuentes problemas en la atención de las personas mayores. La incidencia real de la caída no se conoce pues en ocasiones el adulto mayor oculta este hecho para que la familia no le limite su autonomía y en otros casos el propio médico no le da la importancia real.

Aproximadamente el 30% de los mayores de 65 años en la comunidad se caen 1 vez al año por lo menos, esta frecuencia puede aumentar hasta el 50% para los mayores de 80 años. Es necesario tener presente que la mitad de los que se caen lo repiten, por sexo las mujeres sufren el doble de caídas que los hombres aunque esta proporción se nivela a partir de los 75 años. En conjunto las $\frac{3}{4}$ partes de las caídas suceden en el hogar, aproximadamente $\frac{1}{3}$ de las caídas son debidas al entorno en que vive el adulto mayor.

Definición._ Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son.

Las caídas como síndrome.- Las caídas dentro de las patologías geriátricas son uno de los problemas más importantes, ya que ponen en peligro la salud de los adultos mayores, siendo una de las principales causas de lesión, incapacidad e incluso muerte. La aparición de más de dos caídas en un periodo de seis meses se considera como síndrome de caídas. El síndrome de caídas, obedece a diversos factores tanto intrínsecos como extrínsecos del paciente.

1.1. MAYORES CON IMPEDIMENTOS SENSORIALES

A medida que usted envejece, cambia la forma como los sentidos gusto, olfato, tacto, vista y oído. Dichos sentidos se vuelven menos agudos y usted puede tener problemas para diferenciar los detalles. Los cambios sensoriales pueden afectar el estilo de vida. Puede tener problemas para comunicarse, disfrutar las actividades y permanecer involucrado con las personas. Los cambios sensoriales pueden llevar al

aislamiento, los sentidos reciben información del ambiente. Esta información puede ser en forma de sonido, luz, olores, sabores y tacto. Dicha información se convierte en señales nerviosas y es llevada al cerebro. Allí, se convierte en una sensación significativa. Se requiere una cierta cantidad de estimulación antes de que se haga consciente de la sensación. Este nivel mínimo se denomina umbral. El envejecimiento aumenta este umbral, de manera que la cantidad de estimulación necesaria para que usted se dé cuenta de la sensación se vuelve mayor. Todos los sentidos pueden resultar afectados por la edad, pero la afectación mayor es en la audición y la visión. Muchos de estos cambios se pueden compensar con aparatos como anteojos y audífonos o por cambios en el estilo de vida.

1.2. VEJEZ

Los Gerontólogos definen en proceso del envejecimiento en función de tres fenómenos distintos: *capacidad biológica* para la supervivencia, *la capacidad psicológica* para la adaptación y *la capacidad sociológica* para la satisfacción de los roles sociales “**Birren y Renner, 1977**”.

Envejecimiento_biológico, Se refiere a la condición del organismo biológico con respecto a su expectativa potencial de vida y está relacionado estrechamente con la salud física. Una consideración es que a pesar de la prevalencia de deficiencias crónicas las mayorías de las personas adultas han desarrollado mecanismos de adaptación y estrategias compensatorias que le permite llevar vidas con un buen funcionamiento “**Lowenthal y Chiriboga, 1973**”. Al mismo tiempo es evidente que los criterios como ausencia de enfermedad no son útiles cuando se trata la cuestión de que significa para el adulto estar sano.

Envejecimiento psicológico, se refiere a la habilidad de una persona para adaptarse al ambiente cambiante, se refleja principalmente en las destrezas intelectuales y el bienestar emocional de una persona. Como hemos observado inevitablemente cierto grado de declinación biológica a medida que envejecemos. Sin embargo este es el caso con el envejecimiento psicológico; existe gran potencial para el crecimiento y desarrollo continuo y la mayoría de los adultos mayores se sienten mejor a medida que envejecen. Con respecto a las destrezas intelectuales, la relación entre la edad y

la inteligencia es insignificante, toda relación que ocurre comprende memoria, velocidad de respuesta y funciones perceptivas-integradoras (que refleja posiblemente una reducción de la eficiencia del sistema nervioso) más que la inteligencia global. “**Botwinick, 1977**”.

Envejecimiento sociológico, una interacción dinámica entre los individuos y la sociedad también es intrínseca al proceso del envejecimiento. El envejecimiento sociológico se produce cuando los roles y las funciones de una persona cambian a la sociedad. Se refiere a los roles específicos de la edad que asume persona dentro del contexto de la sociedad en la que vive y se refleja principalmente de cómo se comporta la persona a la luz de las expectativas de su grupo social. Como indicamos antes los roles específicos de la edad están determinados en gran parte por el sistema de gradación de la edad que todas las sociedades utilizan para clasificar sus miembros en cada categorías. **Butler** define el envejecimiento como el mecanismo protector que la sociedad utiliza para evitar enfrentarse a las cuestiones difíciles del paso de los años, la enfermedad y la muerte. Es simplemente un temor innato enmascarado de nuestro propio envejecimiento y muerte. “**Wilard-spachman, 1998, EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA**”.

1.2.1 FUNCIONAMIENTO SENSORIOMOTOR

A partir de mediados de los veinte y hasta aproximadamente los 50 años de edad, los cambios en las capacidades sensoriales y motoras son graduables y por lo general imperceptibles y enormemente particulares. A los 50 años, quien nunca haya usado gafas descubre que no puede leer el directorio telefónico y necesita lentes para lectura. La mayoría de las personas en la adultez media compensan bastante bien cualquier cambio que experimentan, y algunas buscan activamente hacer algo al respecto, como programas de ejercicios para aumentar la fuerza y evitar pérdida muscular. Otras personas en la adultez media no hacen nada para compensar los cambios que experimentan por el envejecimiento.

Oído, la pérdida de audición puede ser producida por una alteración de cualquier componente del sistema auditivo, pero lo más frecuente es que se deba a un trastorno relacionado con la edad llamado presbiacusia. Esta es una hipoacusia de tipo sensorio

neural, es decir del oído interno y/o nervio acústico, en que se observa una disminución de la percepción de frecuencias altas (agudas). Esto produce que se escuchen mal las consonantes que tienen frecuencias más altas y predomine la percepción de las vocales, lo que tiene efectos importantes en la comprensión del paciente. Esta enfermedad se caracteriza por ser bilateral, simétrica y progresiva y generalmente se inicia después de los 40 años. Suele acompañarse de tinitus, motivo de consulta frecuente en estos pacientes. La etiología de la enfermedad no está clara, pero se relaciona a la pérdida de neuronas del nervio acústico y degeneración del órgano de Corti en la cóclea. En el oído medio se pueden producir alteraciones en la cápsula óptica produciendo Otosclerosis. Esta es una hipoacusia de conducción que es causada por remodelación ósea en la cápsula óptica y puede producir una fijación de la cadena osicular. El diagnóstico se hace generalmente antes a la vejez y es una enfermedad de indicación quirúrgica. El tinitus es la percepción de sonido en uno o ambos oídos sin estímulo externo. Normalmente se interpreta como un pito en el oído, pero también puede tomar otras formas. Se presenta a todas las edades, pero tiene más alta prevalencia en los mayores de edad.

Visión, el envejecimiento produce una serie de cambios en el ojo, sin embargo puede ser difícil distinguir estos cambios fisiológicos de algunos cambios patológicos. Algunos cambios propios del envejecimiento son ptoσίς, entropión o ectropión, alteraciones del cristalino, iris y cornea así como también alteraciones neurales y de la presión intraocular. La mayoría de los problemas visuales están relacionados con la edad ocurren en cinco áreas: visión cercana, sensibilidad a la luz, búsqueda visual “**Klinebet al., 1992;Kosnick, Winslow, Kline, 1989**”. Todo esto facilita la aparición de múltiples patologías que afectan la visión en el adulto mayor. Es importante pesquisar estas alteraciones con el fin de evitar su progresión a patologías más complejas y a eventual pérdida de la visión.

Presbicia, es una patología muy frecuente en el adulto mayor, y consiste en la dificultad de acomodación del cristalino para enfocar objetos cercanos. Los pacientes generalmente se quejan de dificultad para leer y para realizar trabajos manuales finos.

Ojo seco, se produce por la disminución de secreción de lágrimas, trastorno muy frecuente en adultos mayores. Esto lleva a sequedad ocular produciendo irritación que a largo plazo puede dañar la cornea.

Ceguera, es una patología frecuente en el adulto mayor teniendo distintas etiologías. Se puede presentar en forma progresiva o súbita. Las causas de ceguera súbita son principalmente oclusión arterial, desprendimiento de retina, hemorragia y glaucoma agudo. Hay que recordar que si un ojo está afectado el otro está en peligro por lo que se requiere evaluación de urgencia por un especialista. La ceguera progresiva es la más frecuente en el adulto mayor y obedece a distintas causas que detallaremos a continuación.

Cataratas: Esta patología tiene una alta prevalencia en el adulto mayor y se debe a una opacificación del cristalino. Su etiología no está del todo clara, pero se cree que la luz UVB está implicada, probablemente por degradación de proteínas del cristalino. Otros factores de riesgo para cataratas son antecedentes familiares, diabetes mellitus y uso de esteroides.

Glaucoma: Se debe a un aumento de la presión intraocular por una disminución de la filtración del humor vítreo. Este aumento de presión produce compresión tanto del nervio óptico como de los vasos que lo irrigan, produciendo alteraciones visuales. Si bien existe un tipo de glaucoma de presentación aguda, lo más frecuente es el glaucoma crónico, que se caracteriza por un comienzo insidioso, con compromiso del campo visual periférico, también se puede producir un escotoma para central. Este defecto va aumentando hasta comprometer todo el campo visual.

Retinopatía Diabética: Constituye la principal causa de ceguera en el mundo occidental. Un 50% de los diabéticos presentan esta complicación a los 10 años de enfermedad. Esta enfermedad es en realidad un micro angiopatía causada por la hiperglucemia crónica. Produce a nivel de los vasos de la retina trasudados de lípidos y proteínas que se ven como exudados céreos. Si progresa, produce micro aneurismas e isquemia (la que se ve como exudados algodonosos en el fondo de ojo). Más tardíamente se producen vasos de neo formación los que tienen alto riesgo de

hemorragia vítrea y desprendimiento de retina, estas dos son las causas finales de ceguera.

Enfrentamiento, la disminución de la visión es una causa frecuente de accidentes, especialmente en el hogar. Se debe, por lo tanto, educar al paciente y a su familia para mantener una buena iluminación sobre todo en pasillos y baños. Además, se debe procurar mantener alfombras en buen estado, y evitar dejar juguetes en el suelo.

Patología sensorial

Los déficits sensoriales en el paciente geriátrico, como los que afectan a la visión y a la audición, son muy frecuentes y su prevalencia aumenta al aumentar la edad del paciente. Sus alteraciones tienen una importante repercusión en la relación entre el paciente y su entorno. A menudo esta repercusión sobre la calidad de vida de los adultos mayores no se valora en su justa medida, ya sea por los familiares del paciente como por algunos profesionales de la salud. Estos déficits son, en muchas ocasiones, considerados erróneamente como procesos fisiológicos que se producen en el entorno normal del proceso de envejecimiento, por lo que en ocasiones no se les da la importancia que merecen. Hay que considerar que la disminución de la función visual o de la función auditiva no son procesos intrínsecos del envejecimiento, y merecen ser prevenidos y tratados de igual modo que muchas otras patologías en las personas adultas.

Las complicaciones de los déficits sensoriales son

- Aislamiento social
- Depresión
- Caídas, con su cortejo de complicaciones: fracturas, dependencia, aislamiento, etc.

Por todo ello, es fundamental para el mantenimiento de la calidad de vida de los ancianos la detección, tratamiento y prevención de los déficits sensoriales. Además de la pérdida fisiológica por la edad, existen patologías que contribuyen grandemente a las disfunciones sensoriales; problemas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o las enfermedades propias de los órganos de los sentidos van a afectar de

forma decisiva al funcionamiento de estos sistemas. La mayoría de los adultos que envejecen se preocupan por las pérdidas sensoriales, desde el sonido de alarma del reloj y el aroma del café recién preparado, a la suavidad de la almohada mientras cierras los ojos en la noche, los sonidos son el principal para conocer el mundo. Muchas personas también lamentan el deterioro en fuerza muscular, resistencia, coordinación y tiempo de reacción “**Digiovanna, 2000**”. Puesto que las habilidades sensorio motoras son resultados de una compleja serie de procesos que involucran el sistema nervioso, las personas pueden sufrir los efectos de cambios en el desarrollo de dicho sistema. La mayoría de los adultos son más fuertes durante sus veinte y treinta “**Spirduso y MacRae, 1990**”.

1.3 CONTROL POSTURAL-EQUILIBRIO POSTURAL

La disminución del control postural durante el envejecimiento puede afectar el desempeño de algunas tareas diarias que dependen del equilibrio estático y dinámico, pero el ejercicio puede mejorar el control postural en personas mayores. Una revisión acerca de la influencia de los programas de ejercicio sobre el equilibrio informa que el tiempo de tres meses con una frecuencia semanal de tres sesiones se usa más comúnmente en la investigación de ejercicio físico regular en los últimos tres meses y personas con historia reciente de mareos o caídas.

Prevenir las caídas en el adulto mayor, Aproximadamente el 30% de los adultos mayores que viven independientes en sus hogares se caen al menos una vez al año. En el 5% de estas caídas se generan fracturas de las cuales el 15% corresponden a fracturas de caderas. Los cambios fisiológicos que se producen durante el proceso de envejecimiento aumentan el riesgo de usuario de sufrir caídas y otro tipo de accidentes. Los factores de riesgo suponen amenazas para la seguridad individual, entre los que se encuentran:

- ✓ Deterioro de la movilidad. Causado por la debilidad muscular, artritis, parálisis o mala coordinación y equilibrio.
- ✓ Deterioro sensorial o comunicativo: deterioro visual, auditivo, táctil o comunicativo como la afasia o alguna barrera lingüística que impide que el

usuario pueda percibir algún riesgo potencial o expresar su necesidad de ayuda.

- ✓ Falta de percepción de la seguridad: algunos usuarios no son conscientes de las precauciones de seguridad.

Los riesgos ambientales también deben ser considerados en el interior del hogar se suelen producir caídas al realizar traslados desde camas a sillas e inodoros, al entrar o salir de la bañera, al tropezar con bordes de alfombras, cables eléctricos o umbrales de las puertas. También al resbalar en superficies mojadas y subir o bajar peldaños y escaleras. En lugares con iluminación insuficiente, escaleras o aceras en mal estado. O por el uso de zapatos mal reparados con suelas deslizantes.

Las caídas en el exterior pueden responder a la presencia de obstáculos en el camino de de ambulación en el jardín o patio. Sin embargo lo que más hay que tener en cuenta son las consecuencias de las caídas, de acuerdo a que los adultos mayores quedan con un temor mayor a sufrir otra caída, lo cual puede ocasionar depresión e incluso disminución de la calidad de vida. También está la posibilidad de una lesión debilitante que limita la movilidad e independencia. **“Manual de Geriatria/movilidad caídas”**.

Otras secuelas pueden ser:

- ✓ Debilidad muscular de abductores de la cadera, flexores y extensores de la rodilla y dorsiflexores del tobillo.
- ✓ Disminución del equilibrio.
- ✓ Anormalidad en la marcha.
- ✓ Tiempo de reacción prolongado.
- ✓ Muerte.

Tanto el entorno como el mismo adulto mayor deben tomar prevenciones para evitar las caídas, así se recomienda lo siguiente:

- ✓ Prevenir los factores de riesgo individuales.
- ✓ Eliminar los peligros del entorno y establecer un camino despejado dentro de la casa y habitación.

- ✓ Cambiar lentamente de posición, especialmente al levantarse en las mañanas.
- ✓ Agarrarse del mobiliario en caso de necesidad.
- ✓ Intervenciones simples como reordenar los muebles para dejar el camino libre hacia el baño, dormitorio o instalar una luz nocturna en ellos.
- ✓ Mantener la movilidad de las personas mediante ejercicios y dispositivos auxiliares.
- ✓ Instruir sobre la utilización adecuada de bastones, andadores y silla de ruedas.
- ✓ Evaluar la idoneidad del calzado para asegurarse que sea cómodo, antideslizante y firme.

1.4 SÍNDROME DIABÉTICO EN EL ADULTO MAYOR

La diabetes o síndrome diabético es un proceso crónico producido por trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono, caracterizado por hiperglucemia y glucosuria ligada a déficit de insulina y/o o deficiencia de receptores para la misma. En una edad avanzada existen perturbaciones importantes del metabolismo de las proteínas, hidratos de carbono, grasa y electrolitos. La diabetes es tanto más frecuente cuanto el nivel de vida es más elevado. La incidencia de manifestaciones diabéticas con elevado estándar de vida está estimada en un 2% a 3% de la población, siendo el sexo femenino a partir de los 40 años el de mayor incidencia. Uno de cada dos personas afectas de desordenes metabólicos no son identificados.

La diabetes es particularmente una enfermedad de la edad adulta y la vejez, por lo tanto no se presenta con el aparatoso y espectacular síndrome diabético que se encuentra en la edad juvenil. **“Paul Merchan, Geriatria”**. Este síndrome se presenta característicamente en la medianía y acaso de la vida, especialmente en personas comprendidas en el grupo de 65 años a 75 años de edad, pero se presenta usualmente más benigna que en la infancia o en la edad adulta, siendo común que muchas personas sufran de diabetes sin saberlo. Los diabéticos tratados de una manera adecuada tienen las mismas expectativas que un diabético y un promedio de vida normal.

Los adultos mayores pueden presentar síntomas tardíos en el curso de la enfermedad, o muchos de ellos semejar problemas achacables al "envejecimiento". Los signos más evidentes y por lo tanto los más mencionados que permiten reconocer a la diabetes, son el aumento de la frecuencia y cantidad de la orina, los dolores reumáticos, la inflamación del vientre y de las rodillas, y la necesidad a veces imperiosa de ingerir cosas dulces, son otros de los malestares mencionados que caracterizan a esta enfermedad.

1.5 CONSECUENCIAS

Cuando se produce una caída, esta va a traer consecuencias en la vida del adulto mayor, no solo desde el punto de vista físico, sino también, en el ámbito psicológico y social, *caída aparentemente banal*: la más frecuente y se caracteriza porque no produce ninguna contusión ni traumatismo. Sin embargo, ninguna caída por banal que sea, debe considerarse como benigna hasta demostrar lo contrario.- *caída traumática*: el paciente puede presentar fracturas o contusión de tejidos blandos con o sin fractura.- *Miedo a caer de nuevo*: se presenta en alrededor del 50% de los individuos que han presentado caídas. Un adulto mayor que cae, tiene 20 veces más riesgo de caer de nuevo que alguien que no ha caído nunca. "GEROINFO.RNPS.2110.VOL.3.NO.2.2008". Además, importante resaltar el estado de alarma que se genera en la familia, con la posible "invalidación" del anciano. La principal consecuencia inmediata de las caídas es la fractura, del 2 al 10% de los ancianos que caen sufren fracturas la de cadera es la de mayor trascendencia para el adulto mayor, ya que como complicación puede llevar al anciano a la inmovilización con todas sus complicaciones y hasta la muerte.

Consecuencia físicas las más graves de fracturas son: la de colles y la de la fractura de articulación coxofemoral, esta con una tasa de mortalidad entre el 12 y el 20%, más alta para personas de esa edad sin fracturas el 60% presenta reducción de la movilidad y el 25% aumenta su dependencia funcional previo al accidente.

Consecuencias psicológicas después de una caída se producen cambios del paciente y la familia, y por una parte hay reducción de la movilidad y aumento de la

dependencia para las actividades cotidianas, al principio secundario al dolor por el trauma y más tarde por temor a caerse (síndrome pos-caída).

Consecuencias funcionales se traduce en la incapacidad para la inmovilización a causa del daño físico o por el miedo a volver a caerse la mitad de los que se caen no recuperan el nivel funcional previo al accidente.

1.6 FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECO Y EXTRÍNSECOS

Inestabilidad en el proceso del envejecimiento se producen cambios en el mecanismo que mantienen el equilibrio y su respuesta ante su pérdida por lo que la edad avanzada constituye un factor de riesgo. Alteraciones visuales auditivas y vestibulares: es propio la aparición de patologías en estos sistemas lo que provoca disminución de la capacidad de orientación con respecto al ambiente. La disminución de la fuerza agarre y de los cuádriceps y la percepción negativa de su estado de salud son otros elementos a tener en cuenta.

- ✓ Edad: a mayor edad más riesgo.
- ✓ Reducción de la movilidad.
- ✓ Antecedentes de caídas.
- ✓ Afecciones médicas: Parkinson, incontinencia, demencia, artritis....
- ✓ Afecciones músculo-esqueléticas/ neuromusculares.
- ✓ Problemas en pies. Callos, deformidades.
- ✓ Articulaciones dolorosas.
- ✓ Afecciones sensoriales.
- ✓ Baja visión.
- ✓ Baja percepción.
- ✓ Marcha /equilibrio.
- ✓ Anomalías de la marcha.
- ✓ Disminución de la velocidad.
- ✓ Balanceo postural.
- ✓ Disminución del equilibrio dinámico.
- ✓ Dificultad al levantarse de la silla.
- ✓ Disminución del equilibrio sobre una pierna.

- ✓ Psicológicas/cognitivas.
- ✓ Medicación. Psicótrpos, sedantes, analgésicos, narcóticos, hipotensores, diuréticos.
- ✓ Disminución del estado de alerta

1.6.1 CAUSAS EXTRÍNSECAS

Están presentes las actividades cotidianas y en el entorno habitual del paciente aunque las caídas pueden atribuirse a accidente o a razones mecánicas, estando habitualmente involucrados simultáneamente factores intrínsecos y extrínsecos. Estos elementos nos permiten dividir a los adultos mayores con caídas en dos grandes grupos clínicos: aquellos que sufren caída a repetición y en aquellos que son ocasionales, o se trata de un único episodio, generalmente en un paciente mayor no frágil y que ocurre fuera del hogar y donde los factores del entorno tienen un papel preponderante como son:

- ✓ Iluminación insuficiente.
- ✓ Suelos deslizantes, mojados o irregulares.
- ✓ Desorden.
- ✓ Mal diseño de escaleras.
- ✓ Alfombras o felpudos mal fijados.
- ✓ Cables y alargaderas sin fijar.
- ✓ Falta de existencia de barandillas en pasillos y escaleras.
- ✓ Sillas y mobiliario en mal estado.
- ✓ Tipo de calzado.
- ✓ Acceso difícil al timbre de llamada o al baño.
- ✓ Pijama demasiada larga.

El **equilibrio** se define como la capacidad de asumir y sostener cualquier posición del cuerpo aún en contra de la ley de gravedad.

El **equilibrio estático** son un conjunto de ejercicios que lo que pretenden es intentar prevenir y ayudar a controlar los síntomas de una crisis vertiginosa se puede definir como la capacidad de mantener el cuerpo erguido o en cualquier

posición estática, frente a la acción de la gravedad. El **equilibrio dinámico**, es el estado mediante el que la persona se mueve y durante este movimiento modifica constantemente su centro de gravedad y su sustentación.

1. 7 INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA OCUPACIONAL

Desde la Terapia Ocupacional se puede intervenir en la prevención de las caídas, realizando el análisis del desempeño ocupacional y la evaluación de los ambientes y los entornos de ejecución, se identifican los factores de riesgo presentes y se implementan medidas para suprimirlos o minimizar los mismos. Cuando el adulto mayor se ha caído, la intervención terapéutica radica en la elaboración de ejercicios para recuperarse de las secuelas, asesoramiento sobre modificación ambiental y equipamiento personal y reorganizando el desempeño ocupacional del paciente para que retome sus ocupaciones lo antes posible. El uso de la ocupación como medio terapéutico es una de la forma más frecuente de intervención desde la terapia ocupacional.

La terapia ocupacional utiliza la ocupación como herramienta terapéutica para lograr cambios en los niveles de disfunción ocupacional posibilitando la adquisición, el restablecimiento o mantenimiento de las habilidades del paciente para conservar un desempeño ocupacional balanceado. La ocupación es vista como "actividades que tienen un significado único y un propósito en la vida de la persona". Según la OMS "la Salud se puede ver afectada por la incapacidad de llevar a cabo actividades y participar en la vida". (Blanca Noya Madrid España), Hay etapas en las vidas de las personas en las que aumentan el riesgo de desadaptación. Dependiendo de cada individuo, de su personalidad y de los recursos personales que tenga y allá ido adquiriendo a lo largo de sus vivencias. Por ejemplo la Vejez es una etapa de vida que puede implicar muchas pérdidas (roles productivos, capacidades, amistades, pareja). **ha explicado Edelio Blanco** "Es necesario concienciar a la población para prevenir las caídas en los hogares, ya que se están convirtiéndose en un grave problema de salud por las lesiones que producen, sobre todo la fractura de cadera, y por las complicaciones que frecuentemente se presentan: inmovilidad, tromboflebitis,

dependencia de los demás para las actividades diarias por el miedo de los familiares a que se produzca una nueva caída”.

1.8. COMPLICACIONES DE LAS CAÍDAS

Entre las principales complicaciones de las caídas podemos destacar:

- ✓ Lesiones de tejidos blandos
- ✓ Fracturas (cadera, fémur, húmero, muñeca, costillas)
- ✓ Hematoma subdural
- ✓ Hospitalización (complicaciones de la inmovilización y riesgo de enfermedades iatrogénicas)
- ✓ Discapacidad (limitación de la movilidad por lesión física, restricción de la deambulación por temor)
- ✓ Riesgo de institucionalización
- ✓ Muerte
- ✓ Evaluar factores de riesgo: La importancia de identificar factores de riesgo aumenta considerablemente cuando se trata de pacientes con caídas de repetición.

1.9 EJECUCIÓN DE TALLER DE PREVENCIÓN DE CAÍDA

El taller de prevención de caídas tiene en su estructura dos áreas. Una de ellas es la educación en el control de los factores de riesgo asociados al envejecimiento, los del medio ambiente y la práctica de actividad física grupal. Ambas estrategias apuntan a mejorar la funcionalidad y reducir el riesgo de caídas en los adultos mayores que presenten su equilibrio alterado. La educación será un pilar fundamental en el desarrollo de este taller. “Manual prevención caída en el adulto, ministerio de salud 2010”.

Trabajo Grupal: de 10 a 12 personas.

Frecuencia: tres veces por semana

Duración de la sesión: una hora de duración

1.9.1 EJERCICIOS RECOMENDADOS PARA LAS SESIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA GRUPAL

Recomendaciones sobre actividad física efectuar 30 minutos de actividad física todos los días de la semana y alcanzar el objetivo de 180 minutos de actividad de intensidad moderada cada semana. Los 30 minutos se pueden acumular durante el transcurso del día en incrementos más cortos. Limpieza de ventanas y pisos durante 45 a 60 minutos. Jardinería durante 35 a 40 minutos.

Ejercicios de fortalecimiento/equilibrio

Programa de ejercicios para prevenir caídas en el adulto mayor Localización: cuello.
Posición: sentado. Acción:

- ✓ Girar el cuello mirando hacia la derecha y luego izquierda. Repeticiones: 5 veces a cada lado.
- ✓ Localización: cuello. Posición: sentado. Acción: hundir el mentón con la ayuda de la mano estirando el cuello. Repeticiones: 5 veces a cada lado.
- ✓ Localización: lumbar. Posición: de pie. Acción: manos apoyadas en la región lumbar, se procede a arquear suavemente la columna hacia delante. Repeticiones: 5 veces.
- ✓ Localización del ejercicio: columna Cervico-dorso-lumbar. Posición: de pie. Acción: manos apoyadas en las caderas. Girar el tronco hacia derecha e izquierda sin mover las caderas. Repeticiones: 5 veces a cada lado.
- ✓ Localización del ejercicio: Tobillo y rodilla. Posición: sentado. Acción: extender la rodilla y movilizar el tobillo Repeticiones: 10 veces cada tobillo.
- ✓ Localización del ejercicio: Rodilla y tobillo. Posición: sentado. Acción: extender la rodilla contra la resistencia de un peso. (1 a 2 Kg.) Repeticiones: 10 veces cada tobillo para comenzar. Aumentar el número de repeticiones en forma progresiva.
- ✓ Localización del ejercicio: rodilla. Posición: apoyado de una mesa. Acción: de pie apoyado, flexionar la rodilla que tiene una pesa en el tobillo. El peso puede ser de 1 a 2 Kg. Repeticiones: comenzar 10 veces cada lado e ir aumentando progresivamente.

- ✓ Localización del ejercicio: cadera. Posición: apoyado sobre una pierna y en una mesa. Acción: separar una pierna con un peso a nivel del tobillo. Repeticiones: comenzar 10 veces cada lado e ir aumentando progresivamente.
- ✓ Localización del ejercicio: tobillo. Posición: de pie. Acción: apoyando la punta del pie, elevar el talón. Repeticiones: levantar el talón 20 veces. Aumentar progresivamente.
- ✓ Localización del ejercicio: tobillo y estimulación equilibrio. Posición: de pie apoyado en una mesa. Acción: mantener el equilibrio en la punta de los pies. Repeticiones: Mantener la posición contando hasta 20. Progresión: repetir el ejercicio anterior sin apoyo.
- ✓ Localización del ejercicio: tobillo y equilibrio. Posición: de pie sin apoyo. Acción: mantener el equilibrio apoyando los talones, elevar la punta del pie. Repeticiones: mantener la posición contando hasta 20. Localización del ejercicio: extremidades inferiores. Posición: de pie frente a una mesa. Acción: bajar el cuerpo flexionando las caderas, rodillas y tobillo. Repeticiones: comenzar por 10 repeticiones para luego ir aumentando progresivamente.
- ✓ Localización de los ejercicios: equilibrio con las extremidades inferiores. Posición: de pie con rodillas flexionadas y manos en la cintura. Acción: mantener la posición 10 segundos. Repetición: aumentar el tiempo en forma progresiva.
- ✓ Localización del ejercicio: equilibrio dinámico. Posición: de pie apoyado de una baranda. Acción: caminar hacia delante tocando la punta del pie con el talón del pie contrario. Repetición: caminar contando hasta 10. Aumentar el nivel de complejidad cerrando los ojos.
- ✓ Localización del ejercicio: equilibrio dinámico. Posición: de pie sin apoyo. Acción: caminar hacia delante tocando la punta del pie con el talón del pie contrario. Repetición: caminar contando hasta 10. Aumentar el nivel de complejidad cerrando los ojos.
- ✓ Localización del ejercicio: equilibrio estático. Posición: de pie sobre una pierna apoyado de una baranda. Acción: mantener el equilibrio sobre una pierna mientras la otra esta flexionada. Repetición: mantener la posición contando hasta 10.

- ✓ Localización: equilibrio estático. Posición: de pie sobre una pierna sin apoyo. Acción: mantener el equilibrio sobre una pierna mientras la otra está en flexión. Repetición: mantener la posición contando hasta 10. Aumentar el tiempo hasta llegar a los 30 segundos.
- ✓ Localización del ejercicio: equilibrio dinámico. Posición: de pie apoyada de una baranda. Acción: caminar sobre los talones hacia delante y luego regresar a la posición inicial. Repetición: 10 pasos hacia delante y luego regresar.
- ✓ Localización del ejercicio: equilibrio dinámico. Posición: de pie sin apoyo. Acción: caminar sobre los talones hacia atrás. Repetición: 10 pasos hacia delante y luego hacia atrás. Aumentar el nivel de dificultad cerrando los ojos. Localización del ejercicio: equilibrio dinámico. Posición: de pie apoyada de una baranda. Acción: caminar sobre la punta de los pies. Repetición: 10 pasos hacia delante y luego regresar hacia atrás.
- ✓ Localización del ejercicio: equilibrio dinámico. Posición: de pie sin apoyo. Acción: caminar en punta de pies. Repetición: 10 pasos hacia delante y luego hacia atrás.
- ✓ Localización del ejercicio: equilibrio dinámico. Posición: de pie sin apoyo. Acción: caminar tocando talón con punta del pie contrario hacia delante y luego atrás. Repetición: 10 pasos hacia delante y atrás.
- ✓ Localización del ejercicio: fuerza de cuádriceps y equilibrio dinámico. Posición: sentado en una silla con apoya brazos. Acción: ponerse de pie con ayuda de los dos apoya brazos. Repetición: número de veces que es capaz de repetir este ejercicio en 30 segundos.

Repetir el ejercicio anterior con el apoyo de solo un apoya brazos.

Repetir el ejercicio anterior sin ayuda de los apoya brazos.

- ✓ Localización del ejercicio: fuerza de cuádriceps y equilibrio dinámico. Posición: de pie en una escalera con apoya brazos. Acción: subir y bajar escaleras apoyado de la baranda. Repetición: número de peldaños que es capaz de subir y bajar en 30 segundos.

1.9.2 CONSEJOS PARA EVITAR ACCIDENTES EN EL HOGAR

Reduzca su riesgo de caídas ¿Sabía usted que? El 75% de las caídas suceden en el hogar. Con algunos cambios, puede reducir el riesgo de caer en su casa. Las siguientes sugerencias le pueden ayudar a sentirse seguro en su hogar. Iluminación: Asegúrese de tener buena iluminación en casa. Utilice luces de noche o lámparas en su dormitorio, pasillo y baño. Alfombras: Asegúrese de que las alfombras estén fijadas en el suelo o use aquéllas que tienen una cara inferior antideslizante. Clave o fije los extremos sueltos. Cables eléctricos: Saque los cables eléctricos que están en el suelo para que no estorben en las áreas donde se camina. Baño: Coloque pasamanos en el baño para usar la tina, ducha e inodoro. Mantenga paredes y suelo libres de humedad. Calzado: Use zapatos con suelas resistentes, antideslizante y que no se resbalen fácilmente. Evite el uso de pantuflas sueltas.

Aprender a caer y a levantarse

Es importante, por tanto, el entrenamiento para que el adulto mayor caído pueda levantarse por sí mismo y sin ayuda. La persona mayor debe conocer los movimientos y entrenarse en la técnica de levantarse del suelo. Movimiento

- ✓ 1: Tranquilícese y concéntrese en rodar, gire la cabeza en la dirección que va a rodar y aproxime el brazo y la rodilla juntos.
- ✓ Movimiento 2: Apóyese sobre los brazos hasta colocarse a cuatro patas y gatee hasta la silla más estable y cercana o hasta la taza del baño.
- ✓ Movimiento 3: Coloque las manos sobre la silla, luego levante una pierna (la más fuerte). Si está agotado, puede descansar en esta posición.
- ✓ Movimiento 4: Tome impulso sobre la pierna y sobre las manos, tirando sobre sí mismo, para sentarse en la silla.

Calzado y caídas

Qué se debe hacer? Qué no se debe hacer? Use zapatos firme con interiores resistentes. Use zapatos cómodos "para caminar". Compre zapatos al final del día cuando sus pies pueden estar hinchados. Elija calzado tipo "botín" si es posible. Camine lo menos posible descalzo. Evite los zapatos con suelas blandas. Los zapatos

con suelas e interiores blandos como las zapatillas pueden hacer que el pie pierda estabilidad y tal vez no favorezcan el buen equilibrio. Evite las zapatillas de descanso, especialmente el calzado "tipo sandalia" o aquéllas sin refuerzo en los talones.

Bastones, los bastones proporcionan apoyo, equilibrio y pueden contribuir a evitar las caídas en algunas personas. Se sugiere utilizar el bastón para apoyar hasta un 25% del peso corporal. Las principales indicaciones para el uso del bastón son:

- ✓ Artrosis, especialmente de las rodillas y caderas.
- ✓ Leves trastornos del equilibrio.
- ✓ Lesiones en los pies o las extremidades inferiores.
- ✓ Andadores: Los andadores proporcionan apoyo y equilibrio y pueden contribuir a evitar las caídas en algunas personas. Los hay fijos y con ruedas.
- ✓ Se puede apoyar hasta un 50% del peso en el andador.
- ✓ Las razones más frecuentes para usar un andador son:
- ✓ Artrosis avanzada especialmente de rodillas y caderas.
- ✓ Trastornos medianamente graves de marcha y equilibrio Debilidad generalizada de caderas y piernas

Selección y uso de un bastón

¿Cómo ajustar el bastón adecuadamente? Para medir un bastón:

- ✓ Use los zapatos que utiliza regularmente.
- ✓ Mantenga el brazo con una flexión del codo de 20 a 30 grados.
- ✓ Pídale a alguien que mida la distancia desde la muñeca al suelo.
- ✓ Esta medida debería ser igual a la distancia desde la altura de la cadera hasta el suelo.
- ✓ Si es necesario, ajuste el bastón hasta que coincida con la medida.
- ✓ Los bastones de madera se pueden cortar con una sierra pequeña.
- ✓ Retire la punta de goma, mida el bastón desde el extremo superior del mango hasta la longitud deseada, corte el bastón y vuelva a colocar la punta de goma.

- ✓ Los bastones de aluminio se ajustan presionando un botón y deslizando el tubo a la nueva longitud hasta que el botón quede fijo en el punto deseado.

Uso del bastón en forma segura, a menos que se indique lo contrario, use el bastón en el lado opuesto de la pierna lesionada o más débil. Para usar en forma segura el bastón:

1. Ponga todo el peso en la pierna "buena" y luego mueva el bastón, avanzando a una distancia adecuada con la pierna "mala".
2. Con el peso distribuido entre el bastón y la pierna "mala", avance con la pierna "buena".
3. Apoye el bastón firmemente en el suelo antes de dar un paso. No coloque el bastón demasiado adelante de usted ya que éste podría resbalarse. Las puntas de goma antideslizantes permiten evitar los resbalones. Revise las puntas con frecuencia y cámbielas si se ven desgastadas.

CAPITULO II
DISEÑO DE LA PROPUESTA

1._DATOS GENERALES

El Centro Médico "San Patricio" es un Centro Médico dirigido a brindar el servicio comunitario a la Parroquia Eloy Alfaro quienes constantemente se encuentran en la búsqueda del bienestar de la institución.

El Centro Médico abrió sus puertas a la ciudadanía mantense, manabita y a la comunidad en general. Los servicios que presta esta unidad son: Medicina General, Laboratorio, Odontología, Cardiología, Psicología, Farmacia y Terapia Ocupacional.

Se dio la necesidad de crear los talleres de Terapia Ocupacional de integrar a las personas diabéticas a los talleres con el fin de promover su rehabilitación mejorando su equilibrio dinámico y estático para una mejor calidad de vida sobre todo dar independencia a los pacientes.

1.1_ TÍTULO DE LA PROPUESTA

IMPLEMENTAR UNA SALA DE TALLERES OCUPACIONALES PARA PREVENIR EL SÍNDROME PRE-CAÍDA CON LOS ADULTOS MAYORES PERTENECIENTE AL CLUB DE DIABETES DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DE LA CIUDAD DE MANTA.

1.2 AUTORA DE LA PROPUESTA

Mayra Alejandra Falcones Tello Egresada de la Facultad de Especialidades en Áreas de la Salud de Terapia Ocupacional.

1.3 INSTITUCIÓN AUSPICIANTE

"Centro Médico San Patricio"

1.4 NATURALEZA DE LA PROPUESTA

Intervención del Terapeuta Ocupacional en la Prevención del Síndrome Pre-caída del Adulto Mayor Diabético.

1.5 FECHA DE PRESENTACIÓN

Julio del 2012.

1.6 DURACIÓN DEL PROYECTO

Permanente.

1.7 RESULTADOS

Prevenir, resbalones, tropezones y caídas dentro y fuera del hogar ya que son frecuentes las causas de lesiones en los adultos de edad avanzadas, maximizando la independencia de las personas mayores es decir enlazando metas y prioridades que fomente la participación en los taller para prevenir caídas.

2._PROBLEMAS SOLUCIONABLES

A través del taller se pretende evaluar las limitaciones del individuo y el entorno a fin de detectar riesgos que puedan ocasionar caídas y trabajar con el miedo en el adulto mayor.

3._OBJETIVO DE LA PROPUESTA

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores intrínsecos y extrínsecos que contribuyen a los adultos mayores sufra caídas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Comprender mejor los factores de riesgos que pueden eliminarse o reducirse mediante un programa de ejercicios específicos.
- * Reconocer a las caídas como un problema de salud de los adultos mayores.
- * Desarrollar una serie de progresiones de ejercicios para mejorar el control del centro de gravedad en sedestación, bipedestación y durante tareas en movimiento.

4._COSTO DE LA PROPUESTA

\$ 507,00

5._BENEFICIARIO DIRECTO

A los Adultos Mayores que asisten al Club de Diabéticos San Patricio.

6._BENEFICIARIO INDIRECTO

“Centro Médico San Patricio”.

Moradores de la Provincia de Manabí.

Familiares del Adulto Mayor

7._ IMPACTO DE LA PROPUESTA

Mediante la propuesta se puede integrar a los familiares del Adulto Mayor en el tratamiento, a través de la institución se podrá mejorar la rehabilitación del paciente la cual optimizara la calidad de vida del Adulto Mayor y las precauciones necesarias para evitar una caída, y por ende se tendrá continuidad en el procedimiento terapéutico.

8._DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta se llevara a cabo mediante diversos talleres realizados y coordinados por los gestores de dicha propuesta:

Aprobación y financiamiento de la propuesta.

Diseñar los programas y organizaciones semanales de los talleres con los Adultos Mayores.

Establecer horarios de trabajos

Dar conferencias previas sobres los programas diseñados y la intervención del Terapeuta con los ejercicios adecuados.

9._MONITOREO Y EVALUACIONES

El monitoreo estará bajo la supervisión de la coordinadora general del Centro Médico, la cual analizará el diseño, ejecución, gestión y control de la propuesta, lo cual será necesario evaluar mediante informes del área Ocupacional el resultados y la viabilidad de la propuesta.

10._PRESUPUESTO

Nª	MATERIALES	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
20	BALONES PEQUEÑOS	1,50	30,00
20	BALONES MEDIANOS	2,00	40,00
20	RUEDA DE ULAS	3,00	60,00
50	GLOBOS	0,25	12,50
1	BASTON	40,00	40,00
10	PESAS 2LB	8,00	80,00
20	SILLAS	6,00	120,00
1	RADIO	55,00	55,00
10	ALMOHADAS	5,00	50,00
20	PAÑUELOS	1,00	20,00
		TOTAL	507,00

11._BIBLIOGRAFÍA

J:\ \Terapia Ocupacional en prevención de accidentes Plena Identidad.mht

J:\ \Para el adulto mayor PARA EL ADULTO MAYOR.mht

RESUMEN EJECUTIVO

PROYECTO	PROPÓSITO	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN
<p>Elaboración de talleres Ocupacionales con los Adultos Mayores del Club de Diabetes de la Ciudad de Manta, para mejorar el equilibrio dinámico y estático.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>-Identificar los factores intrínsecos y extrínsecos que contribuyen a los adultos mayores sufran caídas.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>-Comprender mejor los factores de riesgos que pueden eliminarse o reducirse mediante un programa de ejercicios específicos.</p> <p>-Desarrollar una serie de progresiones de ejercicios pensados para mejorar el control del centro de gravedad en sedestación, bipedestación y durante tareas en movimiento.</p> <p>-Reconocer a las caídas como un problema de salud de los adultos mayores.</p>	<p>Diseñar un programas de talleres previniendo caídas en el Adulto Mayor</p>

FINALIDAD	TIEMPO DE DURACION
Que los Adultos Mayores puedan mejorar fuerza muscular equilibrio y movilidad en su vida cotidiana a través de los Talleres Ocupacionales para alcanzar un mejor desempeño funcional.	6 meses calendario
	METODO Descriptivo y de corte transversal

ACTIVIDADES	TECNICAS
<p>Aprobación y financiamiento de la propuesta</p> <p>Diseñar los planes y organizaciones de talleres semanales con Adultos Mayores</p> <p>Establece horarios de trabajos</p> <p>Ejecución de los ejercicios para mejorar marcha, equilibrio y control postural.</p>	Observación directa
	Monitoreo d la evaluación
	El monitoreo estará bajo la supervisión de la coordinadora general del Centro Medico la cual analizara el diseño, ejecución, gestión y control de la propuesta lo cual será necesario evaluar mediante informe el taller ocupacional el resultado y la viabilidad de la propuesta.
	PRESUPUESTO
	507,00

CAPITULO III
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

CUADRO # 1

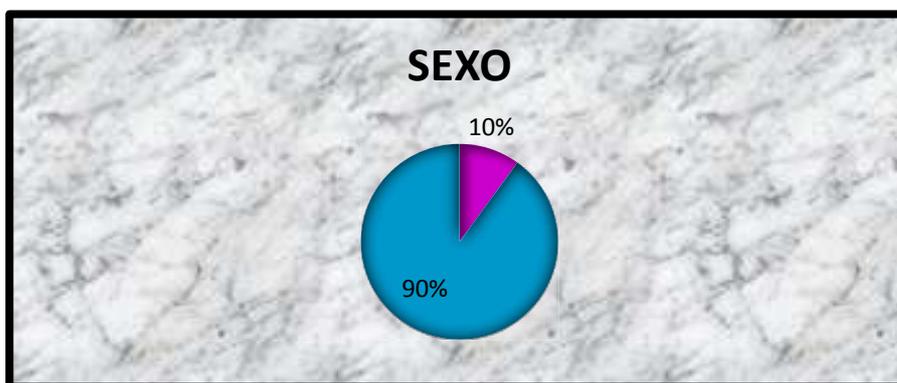
ESTUDIO	SEXO		EDAD	PROCEDENCIA	DIAGNOSTICO
	M	F			
CASO 1	X		55	MANTA	DIABETES
CASO 2		X	63	MANTA	DIABETES
CASO 3		X	64	MANTA	DIABETES
CASO 4		X	60	MANTA	DIABETES
CASO 5		X	63	MANTA	DIABETES
CASO 6	X		50	MANTA	DIABETES
CASO 7		X	60	MANTA	DIABETES
CASO 8	X		51	MANTA	DIABETES
CASO 9		X	56	MONTECRISTI	DIABETES
CASO 10		X	57	MANTA	DIABETES
CASO 11		X	64	MANTA	DIABETES
CASO 12		X	68	MANTA	DIABETES
CASO 13		X	55	MANTA	DIABETES
CASO 14		X	51	MANTA	DIABETES
CASO 15		X	60	MANTA	DIABETES
CASO 16	X		58	MANTA	DIABETES
CASO 17		X	68	MANTA	DIABETES
CASO 18		X	52	MANTA	DIABETES
CASO 19		X	62	MANTA	DIABETES
CASO 20		X	64	MANTA	DIABETES
CASO 21		X	60	MANTA	DIABETES
CASO 22		X	50	MONTECRISTI	DIABETES
CASO 23		X	58	MANTA	DIABETES
CASO 24		X	55	MANTA	DIABETES
CASO 25		X	75	MANTA	DIABETES

CASO 26		X	50	MANTA	DIABETES
CASO 27		X	65	MANTA	DIABETES
CASO 28		X	69	MANTA	DIABETES
CASO 29		X	73	MANTA	DIABETES
CASO 30		X	56	MANTA	DIABETES
CASO 31		X	71	MANTA	DIABETES
CASO 32		X	59	JIPIJAPA	DIABETES
CASO 33		X	66	MANTA	DIABETES
CASO 34		X	50	MANTA	DIABETES
CASO 35		X	54	MANTA	DIABETES
CASO 36		X	51	MANTA	DIABETES
CASO 37		X	73	MANTA	DIABETES
CASO 38		X	52	MANTA	DIABETES
CASO 39		X	62	MANTA	DIABETES
CASO 40		X	65	MANTA	DIABETES
CASO 41		X	71	MANTA	DIABETES
CASO 42		X	50	MANTA	DIABETES
CASO 43		X	50	MANTA	DIABETES
CASO 44		X	54	MANTA	DIABETES
CASO 45		X	72	MANTA	DIABETES
CASO 46		X	53	MANTA	DIABETES
CASO 47		X	59	MANTA	DIABETES
CASO 48		X	62	MANTA	DIABETES
CASO 49		X	55	MANTA	DIABETES
CASO 50	X		50	MANTA	DIABETES

CUADRO # 2

FECUENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES POR SEXO QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN SAN PATRICIO DE LA CIUDAD DE MANTA, DURANTE EL PERIODO JULIO 2012 A DICIEMBRE 2012.

N ^a	FRECUENCIA	SEXO	PORCT
1	FEMENINO	45	90%
2	MASCULINO	5	10%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Historia Clínica

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

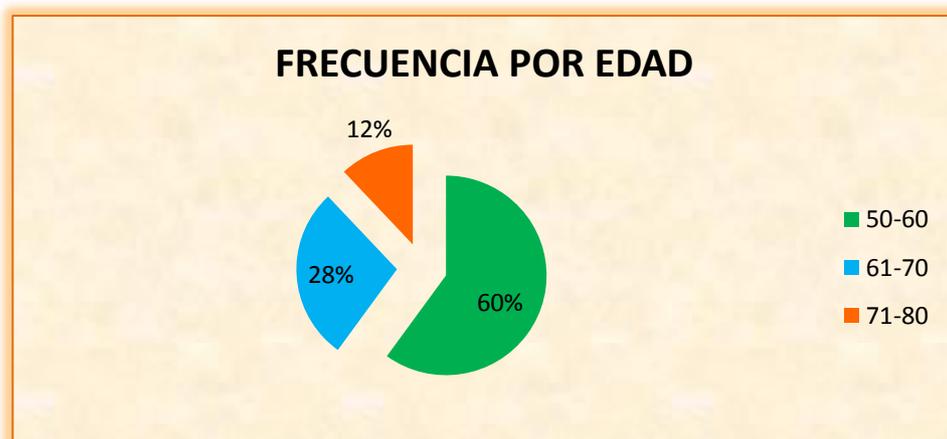
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

En este cuadro nos demuestra una incidencia por sexo en un 90% de femeninos y un 10% de masculino. Por lo cual el alto porcentaje de mayor incidencia es el de femenino con 90%.

CUADRO # 3

CUADRO REFERENTE POR EDADES DEL ADULTO MAYOR DIABETICO DEL SÍNDROME PRE-CAÍDA.

N ^a	FRECUECIA	EDAD	%
1	50-60	30	60%
2	61-70	14	28%
3	71-80	6	12%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Historia Clínica

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

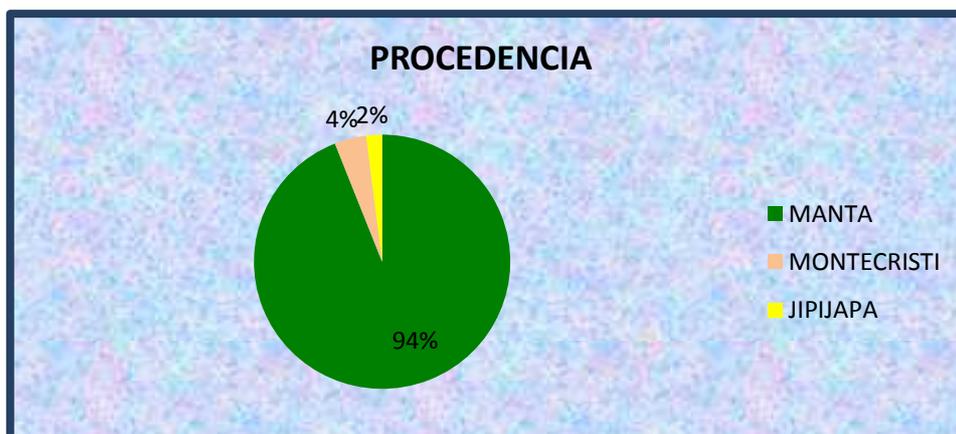
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Mediante la representación grafica podemos apreciar una incidencia de los adultos mayores por edades que asistieron al área rehabilitación y talleres ocupacionales se encuentra de 50-60 años con un 60% y de 61-70 con un 28% de pacientes y de 71-80 años con un 12%. Por lo cual la muestra población atendida con un nivel alto es de 50-60 años con un 60%.

CUADRO # 4

FRECUENCIA DE LAS PROCEDENCIAS DEL ADULTO MAYOR DIABETICO DEL SINDROME PRE-CAIDA.

N ^a	FRECUENCIA	PROCEDENCIA	PORCT
1	MANTA	47	94%
2	MONTECRISTI	2	4%
3	JIPIJAPA	1	2%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Historia Clínica

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

En este cuadro representa la frecuencia de la procedencias de los Adultos Mayores de Centro Médico San Patricio con un 94% de procedencia en Manta y un 4% de Montecristi y con un 2% en Jipijapa, es decir que el mayor porcentaje de persona es de Manta que asisten a los talleres ocupacionales.

CUADRO # 5

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACIÓN INICIAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SÍNDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿PUEDE UD SOSTENERSE DE PIE?

N ^a	DETERMINACION	VALOR	PORCT
1	SI	47	94%
2	NO	3	6%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Inicial

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

De acuerdo a la evaluación inicial realizadas a los adultos mayores del club de diabéticos, durante el periodo de Julio a Diciembre del 2012, podemos concluir que el 94% determino que se sostienen de pie mientras que un 6% no puede mantener su correcto equilibrio.

CUADRO # 6

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION INICIAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿PUEDE UD SENTARSE O LEVANTARSE DE UNA SILLA?

N ^a	DETERMINACION	VALOR	%
1	SI	47	94%
2	NO	3	6%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Inicial

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

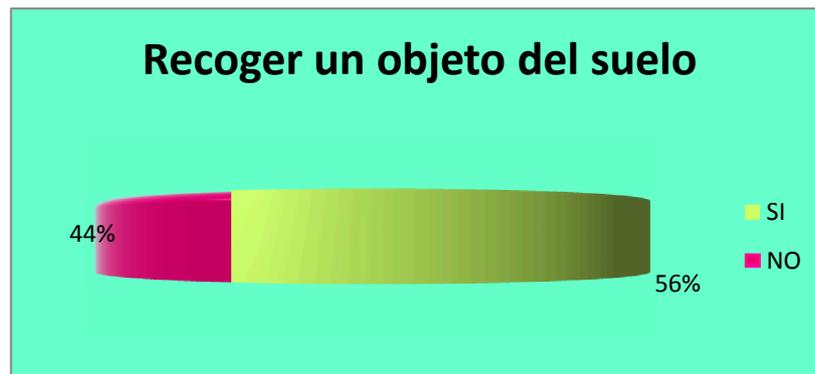
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

De acuerdo a la interpretación grafica de la evaluación inicial determinamos que el 94% de los Adultos Mayores pueden levantarse y sentarse de una silla, es decir que el 6% nos muestra que no mantiene un buen equilibrio. Siendo el 94% de mayor incidencia.

CUADRO # 7

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION INICIAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿PUEDE UD RECOGER UN OBJETO DEL SUELO?

N ^a	DETERMINACION	VALOR	PORCT
1	SI	28	56%
2	NO	22	44%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Inicial

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

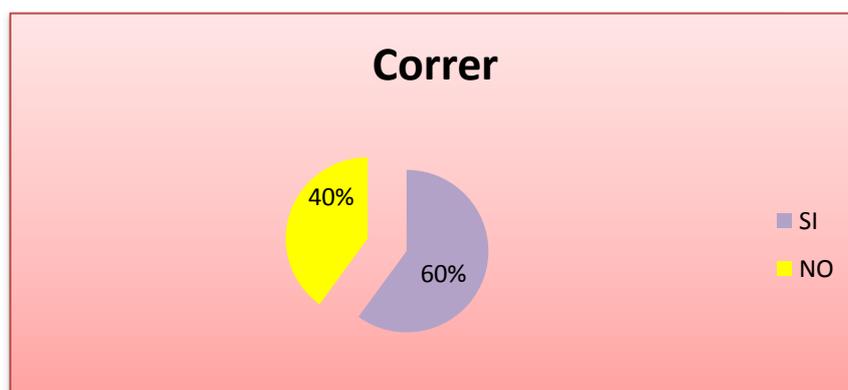
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Dada la representación grafica determinamos en la evaluación inicial del análisis funcional que los Adultos Mayores del club de diabéticos que asisten al Área de Terapia Ocupacional el 56% si recoge un objeto del suelo, mientras que un 44% no lo pueden realizar.

CUADRO # 8

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION INICIAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿PUEDE UD CORRER?

Nº	DETERMINACION	CORRER	PORCT
1	SI	30	60%
2	NO	20	40%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Inicial

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

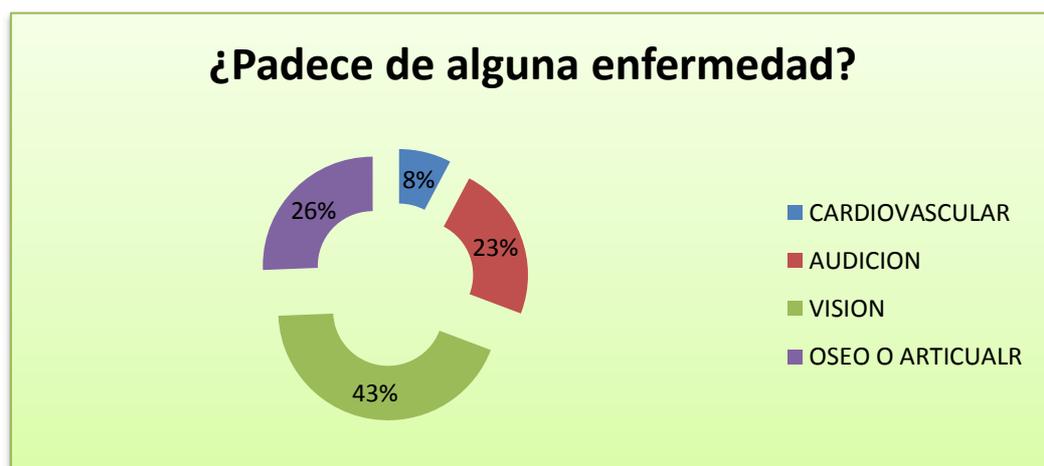
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

El gráfico nos indica que el 30 personas es decir que el 60% nos demuestra que si pueden correr, siendo un 40% que no realizan dicho ejercicio.

CUADRO # 9

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION INICIAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿PADECE UD DE ALGUNA ENFERMEDAD?

Nº	DETERMINACION	SI	PORCT
1	CARDIOVASCULAR	3	8%
2	AUDICION	9	23%
3	VISION	17	43%
4	OSEO O ARTICULAR	10	26%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Inicial

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

El proceso investigativo se llevo a cabo con una muestra de enfermedades de los Adultos Mayores dado a que padecen de la enfermedad de Diabetes, presentan otras falencias como es el caso de Cardiovascular con un 8%, teniendo problemas auditivos con un 9% y visión con un 43%, mientras que óseo o articular con 26%, siendo el mayor porcentaje la visión con un 43% de falencia.

CUADRO # 10

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION INICIAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿SE HA CAIDO UD DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES?

N ^a	DETERMINACION	CANT	PORCT
1	SI	15	30%
2	NO	35	70%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Inicial

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Mediante la representación grafica en la evaluación inicial podemos apreciar una incidencia durante los últimos 12 meses los Adultos Mayores Diabéticos ha presentado un 30% caídas, mientras que un 70% no ha presentado caídas.

CUADRO # 11

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION INICIAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿TIENE MIEDO UD DE VOVER A CAERSE?

Nª	DETERMINACION	CANT	PORCT
1	SI	15	30%
2	NO	35	70%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Inicial

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Mediante el presente grafico investigativo podemos apreciar que los adultos mayores del club de diabetes durante el periodo de Julio a Diciembre del 2012, han sufrido caídas los últimos 12 meses siendo un 30% el que siente temor volver a caerse mientras que el 70% no ha presentado caídas, siendo el alto porcentaje el 70% orientándolos con los talleres para prevenir caídas.

CUADRO # 12

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION INICIAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿HA CAMBIADO SU MODO DE VIDA COMO CONSECUENCIA DE LA CAIDA?

N ^a	DETERMINACION	CANT	PORCT
1	SI	15	30%
2	NO	35	70%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Inicial

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Datos establecidos en la representación gráfica, observamos que los 15 pacientes que han sufrido caídas sigue siendo su índice del 30% que ha cambiado su estilo de vida como consecuencia de una caída, mientras que el 70% no presenta caídas.

CUADRO # 13

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION INICIAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿CUALES SON LAS CARACTERISTICAS DE LAS CAIDAS?

N ^a	DETERMINACION	CANT	PORCT
1	DOMICILIO(INTERIOR)	8	53%
2	DOMICILIO(EXTERIOR)	3	20%
3	EN LA CALLE	1	7%
4	UN LUGAR PUBLICO	1	7%
5	UN LUGAR FAMILIAR	2	13%
	TOTAL	15	100%



FUENTE: Evaluación Inicial

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

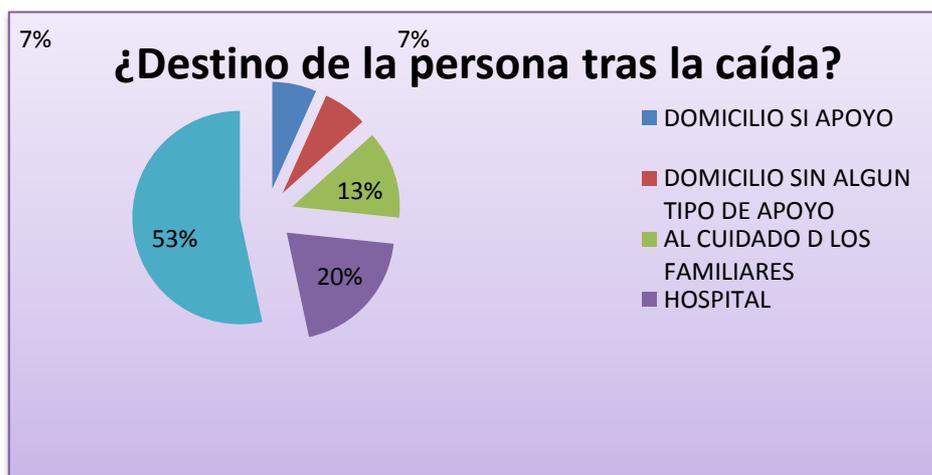
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

En este cuadro investigativo nos demuestra las características de los 15 pacientes que sufrieron caídas, siendo en un 53% en el domicilio(interior) 20% domicilio(exterior) con un porcentaje del 7% en la calle y de igual manera un 7% en un lugar público y un 13% en un lugar familiar. Determinamos el 53% el porcentaje más alto de incidencia de caídas en el domicilio.

CUADRO # 14

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION INICIAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿DONDE FUE EL DESTINO DE LA PERSONAS TRAS LA CAIDA?

N ^a	DETERMINACION	CA NT	PORCT
1	DOMICILIO SI APOYO	1	7%
2	DOMICILIO SIN ALGUN TIPO DE APOYO	1	7%
3	AL CUIDADO D LOS FAMILIARES	2	13%
4	HOSPITAL	3	20%
5	CENTRO DE REHABILITACION	8	53%
	TOTAL	15	100%



FUENTE: Evaluación Inicial

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

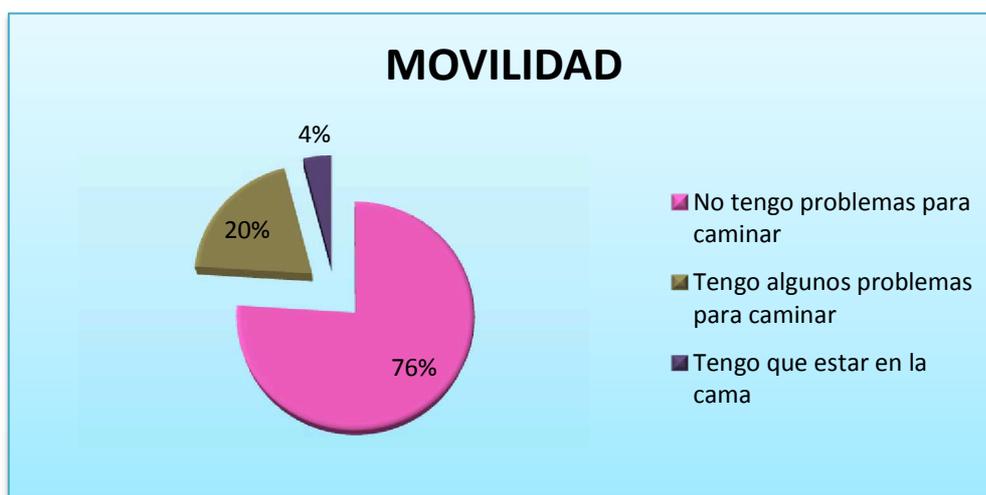
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Mediante el siguiente gráfico de la evaluación inicial podemos apreciar cual fue el destino de las personas tras una caída, nos refiere el gráfico 14 que el 53% asistió a un centro de Rehabilitación, mientras que 20 fue al hospital tras una caída, y el 13% estuvo al cuidado de familiares, y un 7% al domicilio sin algún tipo de apoyo y de igual manera un 7% en el domicilio sin apoyo. Siendo el porcentaje más relevante el 53% que busca ayuda tras una caída.

CUADRO # 15

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION FINAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿TUVO UD MEJORIA EN LA MOVILIDAD CULMINADOS LOS TALLERES OCUPACIONALES?

N ^a	DETERMINACION	CANT	PORCT
1	NO TENGO PROBLEMAS PARA CAMINAR	38	76%
2	TENGO ALGUNOS PROBLEMAS PARA CAMINAR	10	20%
3	TENGO QUE ESTAR EN LA CAMA	2	4%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Final

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

De acuerdo a la representación gráfica de la evaluación final dado los resultados de los talleres aplicados el 76% no tiene problemas para caminar, mientras que el 20% presenta algunos problemas para caminar y el 4% tiene que estar en cama. Determinamos que 76% presenta resultados deseables.

CUADRO # 16

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION FINAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿MEJORO SU CUIDADO PERSONAL?

N°	DETERMINACION	CANT	PORCT
1	NO TENGO PROBLEMAS CON EL CUIDADO PERSONAL	33	66%
2	TENGO ALGUNOS PROBLEMAS PARA LAVARME O VESTIRME	15	30%
3	SOY INCAPAZ DE VESTIRME	2	4%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Final

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Determinamos que el cuadro investigativo de la evaluación final nos demuestra en el cuidado personal de los Adultos Mayores el 66% no presenta problemas en el cuidado personal, mientras que 30% presenta algunos problemas para lavarse o vestirse mientras que el 4% es incapaz de vestirse. Decimos que el 66% mantiene un buen estado motor en resultados de los talleres.

CUADRO # 17

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION FINAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿MEJORO SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS DURANTE EL TIEMPO LIBRE?

Nº	DETERMINACION	CANT	PORCT
1	NO TENGO PROBLEMAS PARA REALIZAR MIS ACTIVIDADES COTIDIANAS	33	66%
2	TENGO ALGUNOS PROBLEMAS PARA REALIZAR MIS ACTIVIDADES COTIDIANAS	15	30%
3	SOY INCAPAZ DE REALIZAR MIS ACTIVIDADES COTIDIANAS	2	4%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Final

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

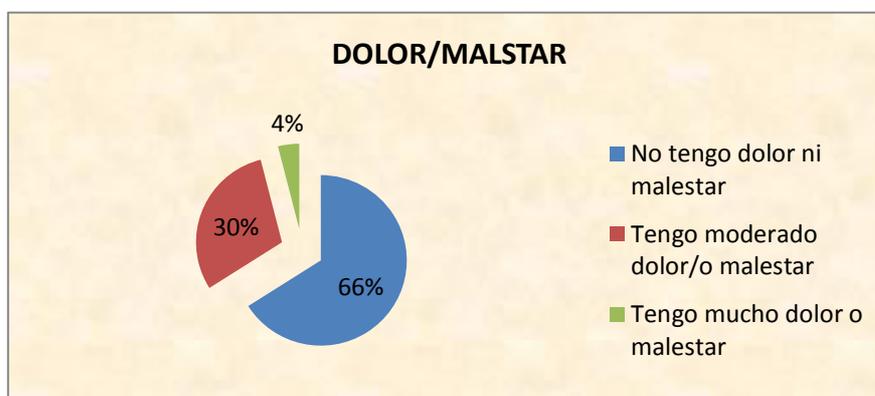
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

En la representación grafica observamos que en las actividades cotidianas el 66% no tiene problemas en realizar las actividades cotidianas siendo el 30% el que presenta algunos problemas al realizar las actividades cotidianas y un 4% que no capaz de realizar las actividades cotidianas. Esto demuestra que en su gran manera el 66% los talleres representan de forma positiva en sus resultados finales.

CUADRO # 18

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION FINAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿PRESENTA UD DOLOR/MALESTAR?

N ^a	DETERMINACION	CANT	PORCT
1	NO TENGO DOLOR NI MALESTAR	33	66%
2	TENGO MODERADO DOLOR/O MALESTAR	15	30%
3	TENGO MUCHO DOLOR O MALESTAR	2	4%



FUENTE: Evaluación Final

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

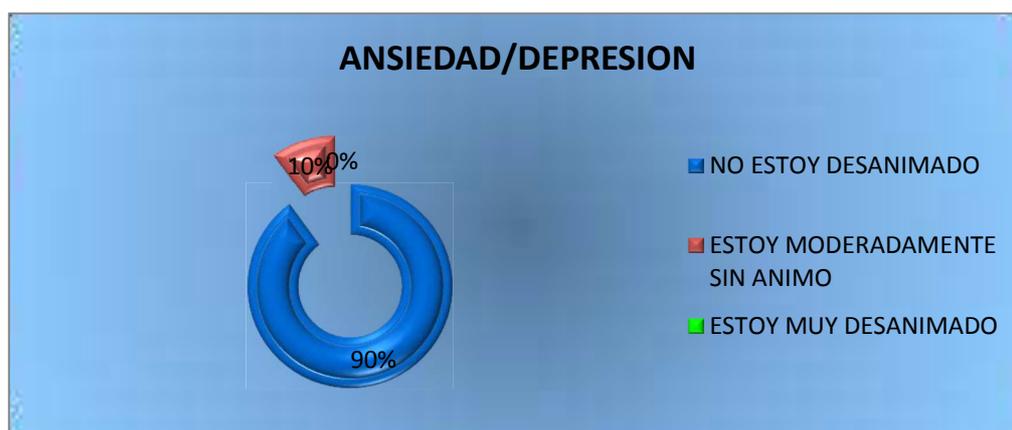
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

El 66% determinamos en la evaluación final de acuerdo a la pregunta realizada en la evaluación dolor/malestar los adultos mayores el 66% no presenta molestia, mientras que el 30% tiene un malestar moderado de lo cual el 4% tiene mucho dolor al realizar una actividad.

CUADRO # 19

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION FINAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿MEJORO SU ESTADO DE ANIMO DURANTE LA REALIZACION DE LOS TALLERES?

Nº	DETERMINACION	CANT	PORCT
1	NO ESTOY DESANIMADO	45	90%
2	ESTOY MODERADAMENTE SIN ANIMO	5	10%
3	ESTOY MUY DESANIMADO	0	0%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Final

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

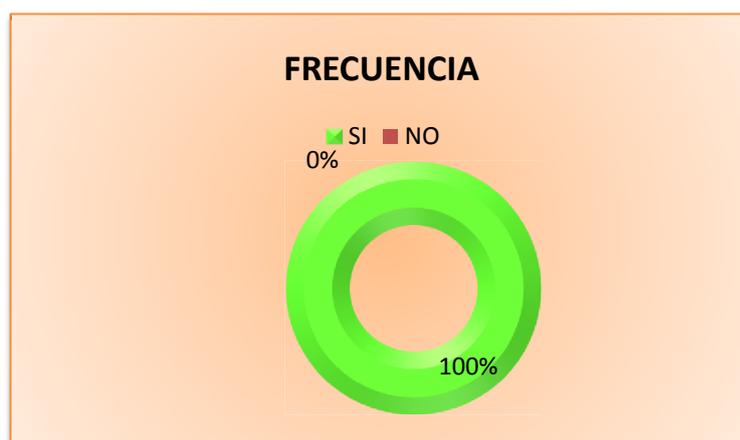
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

En este cuadro investigativo se observó que en la evaluación final, el ánimo del adulto mayor se demuestra que 90% no está desanimado que el 10% está moderadamente sin ánimo, ya que el 0% no se encuentran resultados negativos.

CUADRO # 20

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION FINAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿CREE UD QUE LA CONFERENCIAS BRINDADAS DE LOS TALLERES SEMANALES, MEJORARON SU MARCHA, EQUILIBRIO Y FUERZA MUSCULAR?

Nº	DETERMINACION	CANT	PORCT
1	SI	50	100%
2	NO	0	0%
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Final

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

La representación grafica nos demuestra de la evaluación final de los adultos mayores que el 100% de los adultos hubo resultados favorable y mejoraron su calidad de vida de los talleres brindados, siendo de mayor incidencia de comprobación positivos el 100%.

CUADRO # 21

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION FINAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿COMPARANDO CON EL ESTADO GENERAL DE SALUD DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES, MI ESTADO DE SALUD ES?

Nº	DETERMINACION	CANT	PORCT
1	MEJOR	50	100%
2	IGUAL	0	
3	PEOR	0	
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Final

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

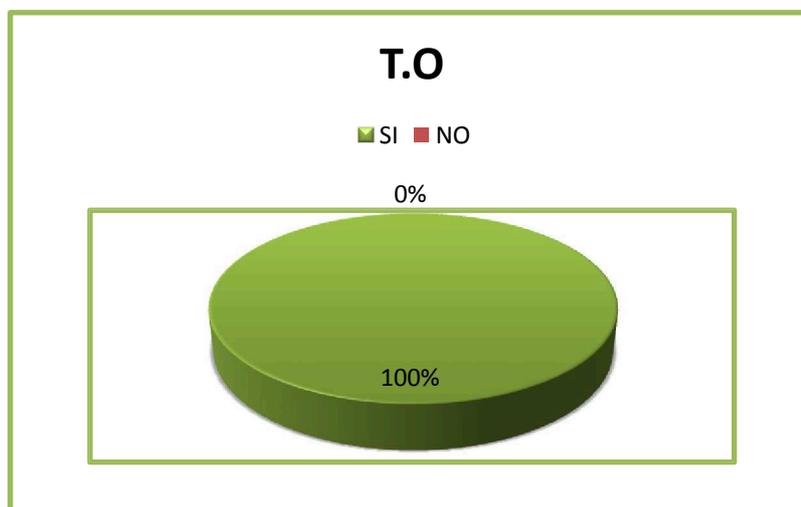
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

El 100% de la representación grafica de la evaluación final determina que los talleres son de manera única al encontrar resultados positivos, nos demuestra que el 100% de los talleres se obtuvieron resultados positivos.

CUADRO # 22

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION FINAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿CREE UD QUE LA INTERVENCION DEL TERAPISTA OCUPACIONAL LOGRO MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA?

	DETERMINACION	CANT	PORCT
1	SI	50	100%
2	NO	0	
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Final

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

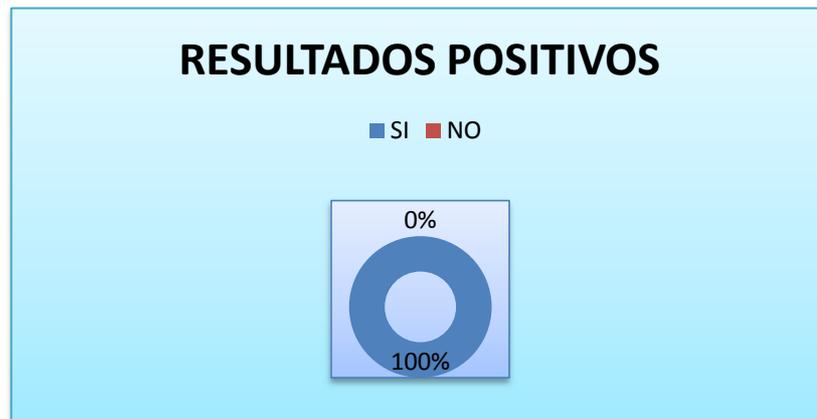
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

De acuerdo a la evaluación final de los adultos mayores del club de diabetes nos indica que el 100% demuestra y confirma que la intervención del Terapeuta Ocupacional dada para ellos un 100% mejoro su calidad de vida.

CUADRO # 23

CUADRO REFERENTE A LA EVALUACION FINAL DEL ANALISIS FUNCIONAL DEL SINDROME PRE-CAIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIABETICOS. ¿CREE UD QUE LOS TALLERES OCUPACIONALES DEBERIAN DE CONTINUR REALIZANDOSE EN LA INSTITUCION?

	DETERMINACIÓN	CANT	PORCT
1	SI	50	100%
2	NO	0	
	TOTAL	50	100%



FUENTE: Evaluación Final

INVESTIGADORA: Mayra Alejandra Falcones Tello

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Dada a la interpretación grafica de la evaluación final de los adultos mayores determinan que los talleres deberían continuar en un 100%, siendo su mayor incidencia.

ANÁLISIS DE CAMPO

En este cuadro nos demuestra una incidencia por sexo en un 90% de femeninos y un 10% de masculino. Por lo cual el alto porcentaje de mayor incidencia es el de femenino con 90%. Mediante la representación grafica podemos apreciar una incidencia de los adultos mayores por edades que asistieron al área rehabilitación y talleres ocupacionales se encuentra de 50-60 años con un 60% y de 61-70 con un 28% de pacientes y de 71-80 años con un 12%. Por lo cual la muestra población atendida con un nivel alto es de 50-60 años con un 60%. En este cuadro representa la frecuencia de la procedencias de los Adultos Mayores de Centro Médico San Patricio con un 94% de procedencia en Manta y un 4% de Montecristi y con un 2% en Jipijapa, es decir que el mayor porcentaje de persona es de Manta que asisten a los talleres ocupacionales. De acuerdo a la evaluación inicial realizadas a los adultos mayores del club de diabéticos, durante el periodo de Julio a Diciembre del 2012, podemos concluir que el 94% determino que se sostienen de pie mientras que un 6% no puede mantener su correcto equilibrio. De acuerdo a la interpretación grafica de la evaluación inicial determinamos que el 94% de los Adultos Mayores pueden levantarse y sentarse de una silla, es decir que el 6% nos muestra que no mantiene un buen equilibrio. Siendo el 94% de mayor incidencia.

Dada la representación grafica determinamos en la evaluación inicial del análisis funcional que los Adultos Mayores del club de diabéticos que asisten al Área de Terapia Ocupacional el 56% si recoge un objeto del suelo, mientras que un 44% no lo pueden realizar.

El círculo nos indica que el 30 personas es decir que el 60% nos demuestra que si pueden correr, siendo un 40% que no realizan dicho ejercicio. El proceso investigativo se llevo a cabo con una muestra de enfermedades de los Adultos Mayores dado a que padecen de la enfermedad de Diabetes, presentan otras falencias como es el caso de Cardiovascular con un 8%, teniendo problemas auditivos con un 9% y visión con un 43%, mientras que óseo o articular con 26%, siendo el mayor porcentaje la visión con un 43% de falencia. Mediante la representación grafica en la evaluación inicial podemos apreciar una incidencia durante los últimos 12 meses los

Adultos Mayores Diabéticos ha presentado un 30% caídas, mientras que un 70% no ha presentado caídas.

Mediante el presente grafico investigativo podemos apreciar que los adultos mayores del club de diabetes durante el periodo de Julio a Diciembre del 2012, han sufrido caídas los últimos 12 meses siendo un 30% el que siente temor volver a caerse mientras que el 70% no ha presentado caídas, siendo el alto porcentaje el 70% orientándolos con los talleres para prevenir caídas.

Datos establecidos en la representación gráfica, observamos que los 15 pacientes que han sufrido caídas sigue siendo su índice del 30% que ha cambiado su estilo de vida como consecuencia de una caída, mientras que el 70% no presenta caídas. En este cuadro investigativo nos demuestra las características de los 15 pacientes que sufrieron caídas, siendo en un 53% en el domicilio(interior) 20% domicilio(exterior) con un porcentaje del 7% en la calle y de igual manera un 7% en un lugar público y un 13% en un lugar familiar. Determinamos el 53% el porcentaje más alto de incidencia de caídas en el domicilio. Mediante el siguiente grafico de la evaluación inicial podemos apreciar cual fue el destino de la personas tras una caída, nos refiere el grafico 14 que el 53% asistió a un centro de Rehabilitación, mientras que 20 fue al hospital tras una caída, y el 13% estuvo al cuidado de familiares, y un 7% al domicilio sin algún tipo de apoyo y de igual manera un 7% en el domicilio sin apoyo. Siendo el porcentaje más relevante el 53% que busco ayuda tras una caída.

De acuerdo a la representación grafica de la evaluación final dado los resultados de los talleres aplicados el 76% no tiene problemas para caminar, mientras que el 20% presenta algunos problemas para caminar y el 4% tiene que estar en cama. Determinamos que 76% presenta resultados deseables.

Determinamos que el cuadro investigativo de la evaluación final nos demuestra en el cuidado personal de los Adultos Mayores el 66% no presenta problemas en el cuidado personal, mientras que 30% presenta algunos problemas para lavarse o vestirse mientras que el 4% es incapaz de vestirse. Decimos que el 66% mantiene un buen estado motor en resultados de los talleres.

En la representación grafica observamos que en las actividades cotidianas el 66% no tiene problemas en realizar las actividades cotidianas siendo el 30% el que presenta algunos problemas al realizar las actividades cotidianas y un 4% que no capaz de realizar las actividades cotidianas. Esto demuestra que en su gran manera el 66% los talleres representan de forma positiva en sus resultados finales.

El 66% determinamos en la evaluación final de acuerdo a la pregunta realizada en la evaluación dolor/malestar los adultos mayores el 66% no presenta molestia, mientras que el 30% tiene un malestar moderado de lo cual el 4% tiene mucho dolor al realizar una actividad. En este cuadro investigativo se observo que en la evaluación final, el ánimo del adulto mayor se demuestra que 90% no está desanimado que el 10% esta moderadamente sin ánimo, ya que el 0% no se encuentran resultados negativos. La representación grafica nos demuestra de la evaluación final de los adultos mayores que el 100% de los adultos hubo resultados favorable y mejoraron su calidad de vida de los talleres brindados, siendo de mayor incidencia de comprobación positivos el 100%. El 100% de la representación grafica de la evaluación final determina que los talleres son de manera única al encontrar resultados positivos, nos demuestra que el 100% de los talleres se obtuvieron resultados positivos. De acuerdo a la evaluación final de los adultos mayores del club de diabetes nos indica que el 100% demuestra y confirma que la intervención del Terapista Ocupacional dada para ellos un 100% mejoro su calidad de vida. Dada a la interpretación grafica de la evaluación final de los adultos mayores determinan que los talleres deberían continuar en un 100%, siendo su mayor incidencia.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS Y VARIABLES

La hipótesis general planteada “*Los adultos Mayores del Club DIABETICOS DEL CENTRO MEDICO SAN PATRICIO conservarán el equilibrio dinámico y estático mediante actividades de destrezas que refuercen el control de estabilidad y seguridad en su diario vivir*”. Mediante el cual se detalla en los cuadros n.-15 al 17, ya que alcanzo niveles esperados de los cuales se patentizan en los resultados de la evaluación final.

En cuanto a las variables establecidas durante el proceso investigativo fueron aplicadas y expuestas en cada una de las incidencias de los cuadros estadísticos, mostrando de esa manera que si se cumplieron con ellas en la realización de este trabajo.

De esta manera comprobamos los objetivos, Objetivo general, *Implementar medidas preventivas y de control mediante la intervención del Terapeuta Ocupacional, ayudando a disminuir la tasa de incidencia y las consecuencias del síndrome pre caídas en los adultos mayores diabéticos.* Decir que favorablemente se cumplió pues los datos extraídos de la evaluación final ya que alcanzo resultados positivos ayudando a disminuir el síndrome caída del adulto mayor.

Entre los objetivos específicos se comprobó en la intervención del Terapeuta a través de los talleres Ocupacionales que favorecieron disminuir las caídas logrando un mejor equilibrio, fuerza muscular y marcha se comprobó a través de los cuadros estadísticos n._ 19, 20, 21, 22 y 23. De las diferentes alternativas que tiene el Terapeuta Ocupacional para realizar un programa de ejercicios dados a los adultos mayores.

CONCLUSIONES

Dentro del proceso investigativo realizado bajo el tema: Intervención del Terapista Ocupacional en la prevención del síndrome pre-caída en los adultos mayores, ayudando a conservar el equilibrio dinámico y estático que asisten al club de diabéticos del centro médico San Patricio de la ciudad de Manta, por lo cual **concluyó:**

- * Durante los 6 meses de trabajo con los Adultos Mayores Diabéticos que asistieron de forma permanente semanal tanto al área de rehabilitación como los talleres ocupacionales y a la cual alcanzaron un mayor equilibrio en un 80% de lo que se logró prevenir caídas y mayor coordinación, movilidad, atención y precauciones en su diario vivir.
- * Tomando como referencia los talleres semanales, evaluaciones, valoraciones desde el inicio del tratamiento.
- * El trabajar juntos con el equipo médico y con los adultos mayores diabéticos que cada mes asisten para llevar un control adecuado.
- * Es importante destacar que así como el desarrollo alcanzado del equilibrio en los adultos mayores existió una posición contraria la cual no alcanzó la evolución esperada en el tratamiento terapéutico, por las falencias de su edad, lo cual para ellos es continuar trabajando y potencializando las habilidades y previniendo caídas.
- * El destacar que al establecer un plan de trabajo se logró un desarrollo en las capacidades motoras, se lograron un mayor índice de alcances en marcha y equilibrio.

RECOMENDACIONES

Al culminar un proceso investigativo y relacionarme con las diferentes causas que se puede ocasionar una caída, dando como consecuencia la limitación a las actividades cotidianas de los adultos mayores puedo recomendar lo siguiente:

- * El proceso de una caída, se debe tener en cuenta una buena iluminación de forma que se evite tropezar, instalando luces nocturnas en su dormitorio, escaleras y cuarto de baño.
- * Hacer ejercicios de fortalecimiento para los principales grupos musculares día por medio, para permitir que el musculo se recupere.
- * El determinar el grado del síndrome pre caída realizando evaluaciones y valoraciones por parte del equilibrio, será el punto de partida para que el terapeuta focalice los objetivos y metas propuestas en el tratamiento.
- * El contar con los diversos ejercicios apropiados para la marcha y el equilibrio en el hogar y en los talleres mejorando coordinación motora en el adulto mayor.
- * El Terapeuta debe tener una batería evaluación de acuerdo a parámetros de caídas específicos a trabajar.
- * Los Terapeutas Ocupacionales fomentamos medidas técnicas que eliminen los factores que posibilitan las caídas, promoviendo la educación grupal para aumentar la concienciación.
- * El Terapeuta previene de manera única las caídas enlazando metas y prioridades, fomentando la participación de los adultos mayores.

RESUMEN EJECUTIVO DEL IMPACTO SOCIAL

Este trabajo de investigación fue realizado a beneficio de los adultos mayores atendidos en el Centro Médico San Patricio, ellos se sintieron muy impacientes al escuchar de que se trataba el síndrome pre-caída con el fin de mejorar su calidad de vida y disminuir riesgos previniendo caídas, tanto fue el interés que expusieron cada uno sus inquietudes y deseo de realizar los talleres ocupacionales.

Los adultos mayores comprendieron y valoran que tan importante es prevenir caídas dentro y fuera del hogar. Ellos ahora se sienten útiles de saber prevenir y mejorar su calidad de vida.

Al concluir con este proyecto del equipo multidisciplinario de la institución se vio un cambio notable en los adultos que participaba en los talleres mostrando un cambio positivo en sus evaluaciones.

Impacto de esta manera que se cumplió con los objetivos tanto como de la institución como del Terapeuta, mejorar la calidad y mejorar el servicio de atención de salud de esta unidad.

BIBLIOGRAFÍA

ALBERTO ALCACAR, Editorial Médica Panamericana “Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional” 24-28036 Madrid España. pág. 125,126.

COPYRIGHT © 2012 by the American Occupational Therapy Association.
GEROINFO.RNPS.2110.VOL.3.NO.2.2008.pág. 10,11.

GEROINFO.RNPS.2110.VOL.3.NO.2.2008.pág. 8,9.

Gobierno chileno del ministerio de salud. Manual prevención caída en el adulto.

Guía Clínica de Caídas del Adulto Mayor. Ministerio de Salud, Junio 2010

<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/InmovilidadCaidas.pdf>

<http://www.aota.org/Fact-Sheets/Falls.aspx>

INE (2002): Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

J:\Terapia Ocupacional en prevención de accidentes Plena Identidad.mht

J:\OMS Caídas.mht.

SPENCE, 1989, “La discusión de los cambios en los cambios sensoriales”.

WILARD-SPACKMAN, Octava Edición-Editorial Médica Americana, 1998,
Fundamentos del conocimiento de Terapia Ocupacional- sección 2B, VEJEZ pág.
130y 131.

WILARD-SPACKMAN, Fundamentos del conocimiento de Terapia Ocupacional-
sección 2B, VEJEZ pág. 1 Octava Edición-EDITORIAL MEDICA NAMERICANA,
1998.

ANEXOS

Orientación a los Adultos Mayores por parte del Terapeuta Ocupacional



Los Adultos Mayores iniciando los ejercicios adecuados, mejorando equilibrio.





Conferencias dadas por parte de la coordinadora de Centro Médico San Patricio del Club de Diabetes



Integración social



Rehabilitación Funcional en el área de Terapia Ocupacional



PREGUNTAS DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO

Datos personales

Apellidos:.....Nombres:.....

Dirección:.....

Teléfono:.....

Sexo Hombre Mujer

Año de nacimiento

Estado civil: casado viudo/a divorciada/o soltera/o

ANALISIS FUNCIONAL

¿Presenta dificultad UD. Para?

1. Sostenerse de pie SI..... NO.....
2. Sentarse o levantarse de la silla SI..... NO.....
3. Mantenerse sentado SI..... NO.....
4. Recoger un objeto del suelo SI.... NO....
5. Andar SI.... NO.....
6. Correr SI.... NO.....

7. Padece Ud. De alguna enfermedad

1. Cardiovascular SI.... NO....
2. Oseas o articular SI.... NO....
3. De audición SI... NO.....
4. De la visión SI.... NO....

LA CAÍDA

1. Se ha caído usted en los últimos 12 meses SI.... NO.....
2. Tiene miedo volver a caerse SI.... NO.....
3. ¿ha cambiado su modo de vida como consecuencia de la caída? SI.... NO.....
4. Información sobre las características de las caídas

1. Domicilio (en el interior)
2. Se trata de un lugar familiar
3. Domicilio(en el exterior)
4. En la calle
5. En un lugar publico

5. Actividad de la persona en el momento de la caída ¿Que estaba haciendo cuando se cayó?

.....
.....
.....
.....

6. Destino de la persona tras la caída

- Domicilio sin apoyo
- Domicilio con algún tipo de apoyo
- Al cuidado de los familiares
- Hospital
- Centro de Rehabilitación

7. Cree ud que la Rehabilitación Funcional es importante para prevenir una caída? porque?

.....
.....

Firma del evaluador

EVALUACIÓN FINAL

Marque con una cruz la respuesta de su estado de salud.

No marque más de una casilla en cada grupo

¿TUVO UD MEJORÍA EN LA MOVILIDAD CULMINADOS LOS TALLERES OCUPACIONALES?

- * No tengo problemas para caminar
- * Tengo algunos problemas para caminar
- * Tengo que estar en la cama

¿MEJORO SU CUIDADO PERSONAL?

- * No tengo problemas con el cuidado personal
- * Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- * Soy incapaz de vestirme

¿MEJORO SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS DURANTE EL TIEMPO LIBRE?

- * No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- * Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- * Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

¿PRESENTA UD DOLOR/MALESTAR?

- * No tengo dolor ni malestar
- * Tengo moderado dolor/o malestar
- * Tengo mucho dolor o malestar

¿MEJORO SU ESTADO DE ANSIEDAD REALIZANDO Y ORINTANDOSE EN LOS TALLERES?

- * No estoy ansioso ni deprimido
- * Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- * Estoy muy ansioso o deprimido.

¿CREE UD QUE LA CONFERENCIAS BRINDADAS DE LOS TALLERES SEMANALES, MEJORARON SU MARCHA, EQUILIBRIO Y FUERZA MUSCULAR?

Si

No

COMPARANDO CON MI ESTADO GENERAL DE SALUD DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES, MI ESTADO DE SALUD ES (POR FAVOR PONGA UNA CRUZ EN EL CUADRO)

- * Mejor
- * Igual
- * Peor

¿CREE UD QUE LA INTERVENCION DEL TERAPISTA OCUPACIONAL LOGRO MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA?

Si

No

¿CONFIRME UD QUE LOS TALLERES OCUPACIONALES DEBERIAN DE CONTINUR DANDOSE EN LA INSTITUCION?

Si

No

CENTRO MÉDICO SAN PATRICIO

REGISTROS DE PACIENTES DEL AREA DE REABILITACIÓN

FUNCIONAL

FICHA DE EVALUACIÓN

DATOS PERSONALES:

NOMBRES:.....APELLIDOS:.....

EDAD:.....N#CÉDULA:.....

DIAGNOSTICO:

.....
.....

DIRECCIÓN DE DOMICILIO:

.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....

FECHA DE INGRESO:

N.H.C.....OCUPACION:.....

ESTADO CIVIL:.....

TELEFONO:.....

DERIVADOPOR:.....

.....

HALAZGOS:

ANAMNESIS Y MOTIVO DE LA CONSULTA:

.....
.....
.....
.....

MEDICAMENTOS:

.....
.....
.....
.....

OTROS PROCEDIMIENTOS:

.....
.....
.....
.....
.....

TRATAMIENTO A REALIZARSE:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

REEVALUACIONES:

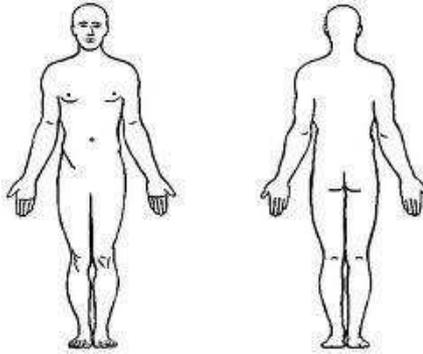
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....
.....

EVALUACIÓN DEL DOLOR

¿DONDE SE LOCALIZA SU DOLOR PRINCIPAL? Marque el sitio
(correspondiente en la figura)



ESE DOLOR ¿ESTÁ LIMITADO A UNA SOLO LOCALIZACIÓN?

SI

NO

¿SE IRRADIA EL DOLOR

SI

NO

¿DONDE SIENTE DOLOR?

Dentro de cuerpo En La superficie A. Pequeñas

Articulaciones Grandes

ESE DOLOR ¿DE QUE TIPO ES?

Angustiante Opresivo Sordo

Pulsátil Similar a cólicos Hormigueante

Punzante Opresivo

NORMALMENTE, ¿QUÉ INTENSIDAD TIENE ESE DOLOR?

Débil

Insoportable

severo

¿CON QUE FRECUENCIA SIENTE DOLOR?

Continuamente varias veces 1 vez al día

¿QUE DURACIÓN TIENE ESE DOLOR?

Hora Minutos Días

¿DESDE CUANDO TIENES ESE DOLOR?

Menos de una semana 3-6 meses 1-3 mese

¿A QUE HORA DEL DIA SIENTE MAS DOLOR?

Mañana Tarde Noche

¿AFECTA SU DOLOR AL PATRÓN DE SUEÑO NOCTURNO?

No Si

¿EL DOLOR DESAPARECE CON LA ACTIVIDAD FÍSICA?

No Si

¿EL DOLOR DESAPARECE CUANDO ESTA EN REPOSO?

No Si

¿QUE TRATAMIENTO Ha ESTADO RECIBIENDO HASTA AHORA PARA SU DOLOR?

MEDICAMENTOS:

.....
.....
.....

OTROS PROCEDIMIENTOS:

.....
.....
.....
.....

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....
.....
.....

CENTRO MEDICO “SAN PATRICIO”
TERAPIA OCUPACIONAL

ASISTENCIA POR TALLER

	NOMBRES Y APELLIDOS	PRESION ARTERIAL	FECHA	HORA	TELEFONO	GRUPO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

OBSERVACIÓN:

.....

.....

.....

