



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL**

TEMA:

**“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL
VÍA ONLINE PARA ADULTOS MAYORES”**

**AUTORES: MARÍA JOSÉ MEDINA CORREA
ALCIRA DAYANARA ESPINOZA VERA**

TUTOR: DR. MANUEL MARCOS BORBOR GONZÁLEZ

GUAYAQUIL, OCTUBRE, 2020



Universidad de Guayaquil

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL**

TEMA:

**“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL
VÍA ONLINE PARA ADULTOS MAYORES”**

**AUTORES: MARÍA JOSÉ MEDINA CORREA
ALCIRA DAYANARA ESPINOZA VERA**

TUTOR: DR. MANUEL MARCOS BORBOR GONZÁLEZ

GUAYAQUIL, OCTUBRE, 2020

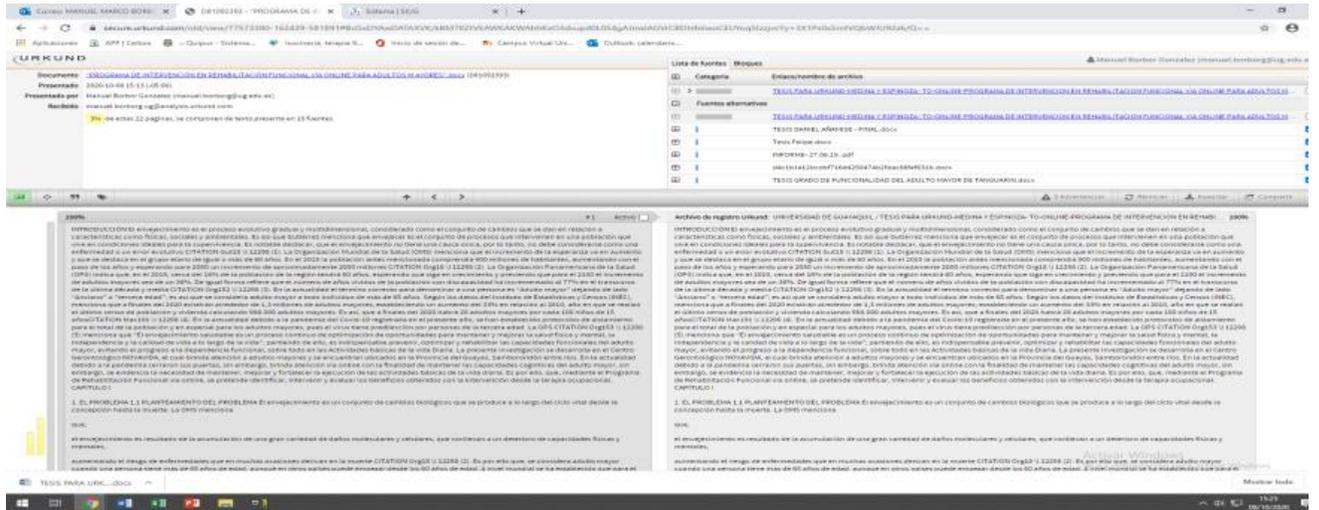


Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL UNIDAD DE TITULACIÓN CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado el **DR. Manuel Marcos Borbor González** tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **el María José Medina Correa**, con CI. No. 2450585589 y **Alcira Dayanara Espinoza Vera** con CI. 0952189512, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **LICENCIADOS EN TERAPIA OCUPACIONAL**.

Se informa que el trabajo de titulación: **“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL VÍA ONLINE PARA ADULTOS MAYORES”**, ha sido orientado durante todo el período de ejecución en el programa antiplagio URKUND, quedando **el 3%** de coincidencia.



<https://secure.urkund.com/old/view/77573380-162439581891#BcGxDYAwDATAxVK/kBM78ZtVEAWKAKWAhhKxO3dvup40L054gAJmsiAGVrCBDhIhIwoCEUYq5LzzjvcYy+3X1Ps0xSmtVQbWJU92z6/Q==>

Dr. Manuel Marcos Borbor González
DOCENTE TUTOR
C.I. 0908679046



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN		
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL VÍA ONLINE PARA ADULTOS MAYORES"	
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	María José Medina Correa Alcira Dayanara Espinoza Vera	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Dr. Manuel Marcos Borbor González	
INSTITUCIÓN:	Universidad De Guayaquil	
UNIDAD/FACULTAD:	Facultad De Ciencias Médicas	
MAESTRIA/ESPECIALIDAD:	Terapia Ocupacional	
GRADO OBTENIDO:	Licenciadas en Terapia Ocupacional	
FECHA DE PUBLICACIÓN:		
ÁREAS TEMÁTICAS:	No. DE PÁGINAS:	53
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Programa – Rehabilitación – Online- Adulto mayor	
RESUMEN/ABSTRACT:		
<p>Introducción: El envejecimiento es el conjunto de procesos que intervienen en una población que vive en condiciones ideales para la supervivencia, denominándose adultos mayores a las personas con más de 65 años. Objetivo: Diseñar programa de estimulación integral basado en Modelo de Ocupación Humana mediante vía online, para potenciar el nivel de autonomía personal en adultos mayores con deterioro funcional. Metodología: Es de tipo Prospectivo, Descriptivo, Exploratoria, Transversal. Se usó la escala de medida de Independencia Funcional en la muestra de estudio seguido de la implementación del programa de rehabilitación funcional vía online. Resultados: El sexo femenino predominó con 65,7%, siendo el grupo etario más prevalente de 71 a 75 años con 42,9% y teniendo como patologías de base a la Artritis y el Deterioro cognitivo en un 28,6%. La AVDB que mejoró su ejecución más que las otras fue el vestido del hemicuerpo superior, con un aumento del 18,77%. La actividad de la vida diaria básica más afectada en los adultos mayores como el gráfico lo indica es subir y bajar las gradas, con un porcentaje inicial de 42,14. Conclusión: La mayoría de actividades de la vida diaria básicas han mejorado su ejecución, excepto el control de la vejiga y del intestino, pues mantuvieron su puntuación y no sufrieron ninguna alteración.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO <input type="checkbox"/>
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono:	E-mail:
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL-FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS	
	Teléfono: 042391004	Dirección: Cdla. Salvador Allende Av. Delta y Av. Kennedy
	E-mail: hppt://www.ug.edu.ec	



Universidad de Guayaquil

FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL

UNIDAD DE TITULACIÓN

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS

Nosotros, **María José Medina Correa** con C.I. No. 2450585589 y **Alcira Dayanara Espinoza Vera**, con C.I. No. 0952189512 certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL VÍA ONLINE PARA ADULTOS MAYORES”** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

María José Medina Correa
C.I. No. 2450585589

Alcira Dayanara Espinoza Vera
C.I. 0952189512



Universidad de Guayaquil

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 8 de octubre del 2020

DRA.

**INGRID GURUMENDI
DIRECTOR DE LA CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL
ESCUELA DE TEGNOLOGÍA MÉDICA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad. -**

De mis consideraciones:

Envío a Ud. El Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de **“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL VÍA ONLINE PARA ADULTOS MAYORES”** indicando ha cumplido con todos los Parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que los estudiantes **María José Medina Correa** y **Alcira Dayanara Espinoza Vera**, aptos para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente:

Dr. Manuel Marcos Borbor González
DOCENTE TUTOR
C.I. 0908679046



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 13 octubre del 2020

**DRA. INGRID GURUMENDI ESPAÑA
DIRECTOR (A) DE LA CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad. -**

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el informe correspondiente a la REVISIÓN FINAL del Trabajo de Titulación “**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL VÍA ONLINE PARA ADULTOS MAYORES**” del o de los estudiantes **ESPINOZA VERA ALCIRA DAYANARA Y MEDINA CORREA MARÍA JOSÉ**. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

El título tiene un máximo de ___11__ palabras.

La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.

El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.

La investigación es pertinente con la línea y Sublínea de investigación de la carrera.

Los soportes teóricos son de máximo ___5__ años.

La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

El trabajo es el resultado de una investigación.

El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.

El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.

El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que el estudiante está apto para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,

Dr. JOSÉ ENRIQUE DUEÑAS ZAMBRANO
DOCENTE TUTOR REVISOR
C.I. 0908679046
FECHA: 08/10/2020

DEDICATORIA

Culminar esta etapa de mi vida y el presente proyecto se la dedico en primer lugar a Dios. A mis padres por ser mi motivación y apoyo constante en este camino, con sus consejos, paciencia y amor incondicional. A mis abuelos que partieron, A mi familia en general y a mis amigos más cercanos que de uno u otra manera con sus palabras de cariño y de aliento me motivaban a seguir adelante y culminar este proceso académico.

DAYANARA ESPINOZA VERA

Esta tesis está dedicada: A mis padres Ricardo y Ángela quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más y por inculcar en mí el ejemplo de perseverancia porque dios está conmigo siempre.

A toda mi familia porque con su apoyo, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona.

Y finalmente a mi abuelo, que no puede verme en esta etapa de mi vida, pero sé que gracias a él y a sus pasos de inspiración jamás pensaré rendirme.

MARÍA JOSÉ MEDINA CORREA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, quien me ha permitido llegar hasta donde estoy, brindándome vida, salud y sabiduría para conseguir una de mis metas y permitir que mis padres puedan presenciar el fruto de su esfuerzo.

A mis padres por todo el esfuerzo que han hecho para apoyarme en este camino.

A la Universidad de Guayaquil, sus Docentes y Tutores quienes hicieron parte de nuestra formación como profesionales, guiando, orientando y brindando sus conocimientos en lo teórico y práctico para nuestro futuro y quienes de uno o otra manera siempre nos apoyaron.

A la institución Novavida por habernos dado la apertura para poder realizar este proyecto.

Y por último y no menos importante a mis BABYS que de una u otra manera siempre estuvimos para apoyarnos, motivarnos y alentarnos el uno con el otro para culminar este camino juntos, no sé cómo hubiese sido sin ustedes, los quiero a todos y gracias totales a cada uno que formo parte de este camino.

DAYANARA ESPINOZA VERA

Agradezco en primer lugar a dios por permitirme a culminar una meta muy importante en mi vida y derramar sabiduría y responsabilidad sobre mí.

Gracias a mis padres por ser un pilar fundamental en mi proceso académico, gracias a ellos he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

Agradezco a todos nuestros docentes de nuestra escuela de Tecnología Médica, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión.

Y un agradecimiento muy especial a mis amigos, por su apoyo incondicional y constancia en todos aquellos momentos difíciles que pasamos.

MARÍA JOSÉ MEDINA CORREA

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	VII
AGRADECIMIENTO	VIII
RESUMEN	XV
ABSTRACT.....	XVI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
1. EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	5
1.4 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	6
1.6 OBJETIVOS.....	7
1.6.1 OBJETIVO GENERAL	7
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
CAPITULO II.....	8
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 ANTECEDENTES	8
2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	9
2.2.1 Envejecimiento	9
2.2.1.1 Envejecimiento Fisiológico	10
2.2.2 Deterioro Funcional del Adulto Mayor	12
2.2.2.1 Deterioro Funcional por Aislamiento Social	14
2.2.3 Valoración Integral Geriátrica	14
2.2.3.1 Evaluación Funcional del Adulto Mayor.....	15
2.2.4 Tecnologías de la Información y de la Comunicación	16

2.2.4.1	Telesalud y Terapia Ocupacional.....	17
2.2.5	Terapia Ocupacional en Geriatría.....	18
2.3	MARCO CONCEPTUAL.....	20
2.4	MARCO LEGAL.....	21
2.5	OPINIÓN DEL AUTOR	23
2.6	HIPÓTESIS	23
2.7	VARIABLES	23
2.7.1	Operacionalización de Variables.....	23
CAPITULO III.....		25
3.	MARCO METODOLOGICO	25
3.1	METODOLOGÍA	25
3.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	25
3.3	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	25
3.4	UNIVERSO Y MUESTRA	25
3.4.1	Universo.....	25
3.4.2	Muestra	26
3.4.3	Criterios de Inclusión y Exclusión	42
3.5	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
3.6	PROCESAMIENTO DE DATOS	43
3.7	VIABILIDAD.....	43
3.8	RECURSON HUMANOS Y FÍSICOS.....	43
3.8.1	Recursos Humanos	43
3.8.2	Recursos Físicos	44
3.9	CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	44
CAPÍTULO IV.....		43
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
CAPÍTULO V.....		47

5.1	TÍTULO DEL PROGRAMA.....	47
5.2	OBJETIVOS.....	47
5.2.1	Objetivo General	47
5.2.2	Objetivos Específicos	47
5.3	DATOS INFORMATIVOS	47
5.4	CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES.....	48
5.5	DESARROLLO DE ACTIVIDADES	47
	CONCLUSIONES	51
	RECOMENDACIONES	52
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
	ANEXOS	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de participantes por edad y sexo. ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 2. Distribución de adultos mayores según las patologías presentes.
..... ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 3. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, alimentación. ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 4. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, arreglo personal. ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 5. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, baño. ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 6. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, vestido Hemicuerpo superior. ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 7. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, vestido hemicuerpo inferior..... ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 8. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, aseo perineal.¡Error! Marcador no definido.

Tabla 9. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, control de vejiga.¡Error! Marcador no definido.

Tabla 10. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, control de intestino.¡Error! Marcador no definido.

Tabla 11. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, traslado de la cama a silla o silla de ruedas.¡Error! Marcador no definido.

Tabla 12. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, traslado al baño.¡Error! Marcador no definido.

Tabla 13. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, traslado en bañera o ducha. ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 14. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, caminar/desplazarse en silla de ruedas.¡Error! Marcador no definido.

Tabla 15. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, subir y bajar escaleras.¡Error! Marcador no definido.

Tabla 16. Actividades de la Vida Diaria que mejoraron su ejecución . ¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de participantes por edad y sexo. ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 2. Distribución de adultos mayores según las patologías presentes. ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 3. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, alimentación. ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 4. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, arreglo personal. ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 5. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, baño. ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 6. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, vestido Hemicuerpo superior. ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 7. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, vestido hemicuerpo inferior. ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 8. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, aseo perineal. ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 9. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, control de vejiga. ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 10. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, control de intestino. ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 11. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, traslado de la cama a silla o silla de ruedas. ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 12. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, traslado al baño. ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 13. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, traslado en bañera o ducha. ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 14. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, caminar/desplazarse en silla de ruedas. ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 15. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, caminar/desplazarse en silla de ruedas. ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 16. Actividades de la Vida Diaria que mejoraron su ejecución ¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. adultos mayores usuarios del centro gerontológico NOVAVIDA	58
Anexo 2. Actividades de aseo personal	58
Anexo 3. Actividades de entrenamiento de alimentación	59
Anexo 4. Actividades de vestido del Hemicuerpo Superior e inferior	59
Anexo 5. Actividades de movilidad articular	60
Anexo 6. Actividades de fuerza motriz	61
Anexo 7. Solicitud de aprobación del lugar de practica	62
Anexo 8. Informe de avance de la gestión tutorial ¡Error! Marcador no definido.	



FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL
UNIDAD DE TITULACIÓN

**“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN
FUNCIONAL VÍA ONLINE PARA ADULTOS MAYORES”**
AUTORES: María José Medina Correa y Alcira Dayanara Espinoza Vera
TUTOR: Dr. Dr. Manuel Marcos Borbor González

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento es el conjunto de procesos que intervienen en una población que vive en condiciones ideales para la supervivencia, denominándose adultos mayores a las personas con más de 65 años. **Objetivo:** Diseñar programa de estimulación integral basado en Modelo de Ocupación Humana mediante vía online, para potenciar el nivel de autonomía personal en adultos mayores con deterioro funcional. **Metodología:** Es de tipo Prospectivo, Descriptivo, Exploratoria, Transversal. Se usó la escala de medida de Independencia Funcional en la muestra de estudio seguido de la implementación del programa de rehabilitación funcional vía online. **Resultados:** El sexo femenino predominó con 65,7%, siendo el grupo etario más prevalente de 71 a 75 años con 42,9% y teniendo como patologías de base a la Artritis y el Deterioro cognitivo en un 28,6%. La AVDB que mejoró su ejecución más que las otras fue el vestido del hemicuerpo superior, con un aumento del 18,77%. La actividad de la vida diaria básica más afectada en los adultos mayores como el gráfico lo indica es subir y bajar las gradas, con un porcentaje inicial de 42,14. **Conclusión:** La mayoría de actividades de la vida diaria básicas han mejorado su ejecución, excepto el control de la vejiga y del intestino, pues mantuvieron su puntuación y no sufrieron ninguna alteración. **PALABRAS CLAVES:** Programa – Rehabilitación – Online- Adulto mayor



FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL
UNIDAD DE TITULACIÓN

**"INTERVENTION PROGRAM IN FUNCTIONAL REHABILITATION
VIA ONLINE FOR OLDER ADULTS"**

AUTHOR: María José Medina Correa y Alcira Dayanara Espinoza Vera

TUTOR: Dr. Manuel Marcos Borbor González

ABSTRACT

Introduction: Aging is the set of processes that intervene in a population that lives in ideal conditions for survival, calling people over 65 years of age older adults. **Objective:** To design a comprehensive stimulation program based on the Human Occupation Model online, to enhance the level of personal autonomy in older adults with functional impairment. **Methodology:** It is Prospective, Descriptive, Exploratory, Transversal. The Functional Independence measurement scale was used in the study sample followed by the implementation of the functional rehabilitation program online. **Results:** The female sex predominated with 65.7%, being the most prevalent age group from 71 to 75 years with 42.9% and having Arthritis and Cognitive Impairment as underlying pathologies in 28.6%. The AVDB that improved its performance more than the others was the dress of the upper half, with an increase of 18.77%. As the graph indicates, the activity of basic daily living most affected in older adults is going up and down the stairs, with an initial percentage of 42.14. **Conclusion:** Most of the basic activities of daily living have improved their performance, except the bladder and bowel control, since they maintained their score and did not suffer any alteration.

KEY WORDS: Program - Rehabilitation - Online- Seniors

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es el proceso evolutivo gradual y multidimensional, considerado como el conjunto de cambios que se dan en relación a características como físicas, sociales y ambientales. Es así que Gutiérrez menciona que envejecer es el conjunto de procesos que intervienen en una población que vive en condiciones ideales para la supervivencia. Es notable destacar, que el envejecimiento no tiene una causa única, por lo tanto, no debe considerarse como una enfermedad o un error evolutivo (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que el incremento de la esperanza va en aumento y que se destaca en el grupo etario de igual o más de 60 años. En el 2015 la población antes mencionada comprendía 900 millones de habitantes, aumentando con el paso de los años y esperando para 2050 un incremento de aproximadamente 2000 millones (2).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que, en el 2019, cerca del 16% de la población de la región tendrá 60 años, esperando que siga en crecimiento y previendo que para el 2100 el incremento de adultos mayores sea de un 36%. De igual forma refiere que el número de años vividos de la población con discapacidad ha incrementado al 77% en el transcurso de la última década y media (3).

En la actualidad el termino correcto para denominar a una persona es “Adulto mayor” dejando de lado “Anciano” o “tercera edad”; es así que se considera adulto mayor a todo individuo de más de 65 años. Según los datos del Instituto de Estadísticas y Censos (INEC), menciona que a finales del 2020 existirán alrededor de 1,3 millones de adultos mayores; estableciendo un aumento del 33% en relación al 2010, año en que se realizó el último censo de población y vivienda calculando 988.000 adultos mayores. Es así, que a finales del 2020 habrá 28 adultos mayores por cada 100 niños de 15 años (4).

En la actualidad debido a la pandemia del Covid-19 registrada en el presente año, se han establecido protocolos de aislamiento para el total de la población y en especial para los adultos mayores, pues el virus tiene predilección por personas de la tercera edad. La OPS (5) menciona que “El envejecimiento

saludable es un proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo de la vida”; partiendo de ello, es indispensable prevenir, optimizar y rehabilitar las capacidades funcionales del adulto mayor, evitando el progreso a la dependencia funcional, sobre todo en las Actividades básicas de la vida Diaria.

La presente investigación se desarrolla en el Centro Gerontológico NOVAVIDA, el cual brinda atención a adultos mayores y se encuentran ubicados en la Provincia del Guayas, Samborondón entre ríos. En la actualidad debido a la pandemia cerraron sus puertas, sin embargo, brinda atención vía online con la finalidad de mantener las capacidades cognitivas del adulto mayor, sin embargo, se evidencia la necesidad de mantener, mejorar y fortalecer la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. Es por ello, que, mediante el Programa de Rehabilitación Funcional vía online, se pretende identificar, intervenir y evaluar los beneficios obtenidos con la intervención desde la terapia ocupacional.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento es un conjunto de cambios biológicos que se produce a lo largo del ciclo vital desde la concepción hasta la muerte. La OMS menciona que, el envejecimiento es resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares, que conllevan a un deterioro de capacidades físicas y mentales, aumentando el riesgo de enfermedades que en muchas ocasiones derivan en la muerte (2). Es por ello que, se considera adulto mayor cuando una persona tiene más de 65 años de edad, aunque en otros países puede empezar desde los 60 años de edad.

A nivel mundial se ha establecido que para el 2050 dicho grupo etario aumente de 600 millones a 2000 millones correspondiendo al 21% de la población, con mayor predominio en países en desarrollo (6) En Ecuador actualmente existe una población de 1.049.824 personas mayores de 65 años, representando al 6,5% de la población total. Con base en la caracterización realizada por el Ministerio de Inclusión Social y Económica, el 45% de los adultos mayores viven en condiciones de pobreza, el 42% vive en zonas rurales, el 14,6% corresponde a hogares constituidos por un adulto mayor que vive solo, el 14,9% son víctimas de negligencia y abandono y el 74,3% no accede a seguridad social.

Los adultos mayores durante muchos años han sido considerados como personas frágiles y poco o nada productivas, es por ello, que son asiladas o apartadas de la sociedad conllevando a un deterioro acelerado físico, cognitivo y social. Existen muchos factores de riesgo que contribuyen para el deterioro del adulto mayor como la inactividad física, el aislamiento, enfermedades crónicas y limitaciones para acceder a recursos de subsistencia, incrementando las necesidades de atención en dicho grupo etario.

Uno de los problemas a los que se ven enfrentados en la actualidad es la imposibilidad de acceder a centros o lugares de atención del adulto mayor por la presente pandemia que afecta a nivel mundial, viéndose obligados a

permanecer en casa expuestos a la inactividad, aislamiento y depresión. Es por ello, que mediante el uso de medios tecnológicos se pretende desarrollar un programa de rehabilitación funcional en el hogar a través de una plataforma digital, para así, mantener las capacidades del adulto mayor e impedir el deterioro acelerado de sus funciones.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles serán los beneficios que se obtendrán al implementar un programa de intervención en las capacidades funcionales mediante vía online, en adultos mayores con deterioro funcional del Centro Gerontológico NOVAVIDA?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento acarrea múltiples cambios a nivel biológico propios de la edad, sin embargo, no es un limitante de las capacidades funcionales del adulto mayor en su totalidad. Existen múltiples factores de riesgo externos que ocasiona dicho deterioro como el aislamiento, enfermedades crónicas, discapacidades entre otros. Con base en el aislamiento, al que actualmente se encuentran expuestos los adultos mayores y con el fin de evitar el deterioro progresivo de sus funciones, es relevante la intervención ocupacional mediante un programa de rehabilitación funcional dictado a través de medios electrónicos, para que así los adultos mayores tengan acceso a un programa sin necesidad de asistir a un centro gerontológico exponiéndose a un posible contagio.

Las actividades que se plantean tienen la finalidad de mantener el mayor grado de funcionalidad posible, es así que van desde lo más simple a lo más complejo potenciando capacidades físicas, cognitivas y sociales en el adulto mayor. De esta manera se evitará el progreso del deterioro funcional y el mal uso del tiempo libre, que finalmente deriva en la falta de independencia del mismo; también se pretende establecer una nueva modalidad de intervención mediante el uso de medio electrónicos y establecer sus beneficios para que así sean implementados por terapeutas ocupacionales.

Es de gran interés la aplicación de un programa de actividades de estimulación funcional, pues el aislamiento social muy prolongado repercute de forma negativa en la autonomía del adulto mayor; haciendo necesaria la valoración del desempeño funcional desde la Terapia Ocupacional, para identificar posibles limitaciones, y así cubrir las necesidades de los usuarios del Centro Gerontológico NOVAVIDA.

1.4 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

CAMPO: Salud Humana

ÁREA: Terapia Ocupacional

ASPECTO: Prospectivo, Descriptivo, Exploratoria, Transversal

TEMA: “PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL VÍA ONLINE PARA ADULTOS MAYORES”

TIEMPO: agosto 2020 a octubre 2020

LUGAR: Centro Gerontológico NOVAVIDA

1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué es el deterioro funcional en el adulto mayor y qué instrumentos se requieren para su valoración?

¿Cuáles son las características que deben tener las actividades de estimulación integral desde la terapia ocupacional vía online, dirigido para personas con deterioro funcional?

¿Cuáles son los pasos a seguir para que los adultos mayores del Centro Gerontológico NOVAVIDA logren desarrollar de manera efectiva las actividades del programa mediante la modalidad online?

¿Cuáles son los beneficios de estimular las capacidades funcionales mediante la aplicación de actividades de estimulación integral en adultos mayores con deterioro funcional del Centro Gerontológico NOVAVIDA?

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar programa de estimulación integral basado en Modelo de Ocupación Humana mediante vía online, para potenciar el nivel de autonomía personal en adultos mayores con deterioro funcional.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar vía online el estado de desarrollo ocupacional mediante la escala de Medida de independencia Funcional (F.M.I), en usuarios del centro NOVAVIDA.
- Planificar actividades de estimulación integral online, basado en el Modelo de Ocupación Humana para el correcto manejo de las limitaciones identificadas en usuarios.
- Aplicar vía online el plan de actividades en base al análisis de la escala F.M.I aplicada a adultos mayores para potenciar niveles de funcionalidad.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

El envejecimiento es un fenómeno inevitable que se acompaña de múltiples cambios morfofisiológicos en el ser humano, acompañándose en su gran mayoría de patologías asociadas que limitan el desempeño funcional de las personas. Es notable destacar que se considera al adulto mayor a las personas mayores de 65 años, mientras que a las personas mayores de 75 se consideran longevos, considerándolos como adultos mayores que superan la esperanza de vida.

En un estudio realizado por Guachizaca (7), en el 2018 en Quito, sobre la intervención mediante Terapia Ocupacional en visitas a domicilio como medida de prevención de deterioro en funcional; para ello, seleccionaron una muestra de 25 participantes, el cual evidenció que las prevalencias más notorias fueron en el sexo femenino con 64%, edades desde 80-90 años con 32%, en estado de dependencia funcional al bañarse (64%), vestirse (68%), usar el retrete (52%); independencia en la movilidad, continencia (72%), alimentación (92%); derivando en un 44% dependencia moderada según el índice de Katz.

Como indica Chávez (8), en Manabí en el 2018, sobre los patrones de ejecución del adulto mayor, incluyó en su investigación 522 participantes, en el cual destacó el grupo etario entre 65 a 75 años con 63%, con un nivel de instrucción secundaria en un 40%, en cuanto a las actividades ocupacionales, el 75% de adultos mayores con edades entre 65 y 75 años era independientes en sus actividades, mientras que el 25% no lo presentaron.

En Guayaquil el 2017 Bravo et al. (9) realizó un estudio sobre la intervención de la Terapia Ocupacional en adultos mayores mediante la implementación de un programa integral multidinámico, en el cual se incluyó una muestra de 50 participantes estableciendo que el 48% evidenció deterioro cognitivo, con independencia en las actividades instrumentales en un 50%.

Carpio et al. (10) en su estudio de tipo descriptivo transversal sobre la caracterización de las ABVD en adultos mayores, encontró en una muestra de 10 participantes de un centro geriátrico en Colombia, que el grupo de edad más prevalente fue de 80-84 años en un 50%. Los participantes evidenciaron dependencia leve en alimentación (80%), dependencia moderada en aseo perineal (30%) y dependencia total en baño, vestido de hemicuerpo superior e inferior (10%). En relación al nivel de dependencia con relación a la edad se observó que en el grupo etario de 80 a 84 años evidenció dependencia leve.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 Envejecimiento

Ribera (11) menciona que, el envejecimiento es un proceso progresivo, dinámico e irreversible que afecta a todos los seres vivos, teniendo su inicio según algunos autores desde el nacimiento, por otro lado, también se ha considerado su inicio cuando se llega al pleno desarrollo físico, que por lo general alcanza a la edad de 30 años y que empieza cuando los procesos anabólicos ceden el paso a los catabólicos, ocasionando la pérdida de vitalidad. Lo dicho anteriormente concuerda con lo referido por la Organización Panamericana de la Salud (5) el cual indica que, el envejecimiento es el conjunto de alteraciones que se producen en un organismo al paso del tiempo conllevando al déficit de funciones y a la muerte.

La OMS (12) refiere “El envejecimiento saludable es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (p.19). Es notable recalcar ciertos aspectos que prevalecen en el envejecimiento humano como la variabilidad del envejecimiento, es así, que no todos los individuos envejecen igual, ni las modificaciones fisiológicas del envejecimiento se hacen en el mismo tiempo que en otra; dicha variabilidad se puede observar según los caracteres externos de cada individuo, que van a la par con los internos que comprometen los sistemas y órganos.

Otra característica importante en el envejecimiento, son las causas que influyen en la aparición de los cambios internos y externos del individuo como el envejecimiento fisiológico, patológico y factores atribuibles como el entorno o

ambiente y factores de riesgo que influyeron a lo largo de la vida del paciente. De igual forma, es necesario la diferenciación entre envejecimiento eugérico que hace referencia a envejecer en salud, mientras que el patogérico o patológico que refiere al acumulo a enfermedades y que también puede deducirse como un envejecimiento prematuro (11,12).

2.2.1.1 Envejecimiento Fisiológico

Navaratnarajah (13) menciona que, el envejecimiento fisiológico o no patológico, se fundamenta en las alteraciones morfológica y funcionales que parte desde las células hasta los sistemas con una disminución en la replicación celular, conllevando a un enlentecimiento funcional con la reducción de las reservas funcionales. A continuación, se detalla los cambios anatomofisiológicos en los sistemas durante el envejecimiento.

Cambios anatómicos

Cardiovascular: se evidencia aumento de tamaño del atrio izquierdo, dilatación de la aorta y acumulación de tejido conectivo sub endotelial que ocasiona rigidez en los vasos e irregularidad.

Respiratorio: Existe menor eficacia respiratoria, debido a la disminución de la superficie alveolar, rigidez del tórax y disminución de la musculatura intercostal.

Renal: Hay un descenso de la función de hasta el 30% al llegar a los 80 años, a causa de la pérdida de nefronas en la corteza suprarrenal.

Sistema nervioso: hay disminución del peso del cerebro por la pérdida de neuronas de forma selectiva.

Sistema reproductivo: En el femenino existe fibrosis y atrofia del ovario disminuyendo la producción de progesterona y estrógenos, de igual manera el útero también se atrofia y se acompaña de la involución del tejido mamario. En el masculino la próstata sufre un aumento del estroma fibro-muscular, haciendo que se comprima la uretra. La vejiga sufre una hipertrofia de la pared muscular (14).

Visión: Hay caída del párpado superior por la atrofia del tejido periorbitario que se acompaña de eversión del párpado inferior, el iris se hace rígido y la pupila disminuye su tamaño.

Audición: Hay una atrofia del canal auditivo externo, el tímpano aumenta su tamaño con una alteración de las articulaciones de los huesecillos.

Musculo esquelético: Al llegar a los 80 años disminuye la masa corporal de hasta 40%, con rigidez de los tendones y reabsorción ósea produciendo osteoporosis que es más prevalentes en mujeres.

Piel: se vuelve más delgada la dermis, hay disminución de la elasticidad y aumento de la laxitud marcando las líneas de expresión.

Cambios Fisiológicos

Ritmos fisiológicos: Hay disminución de la temperatura corporal, se acorta el sueño-vigilia, existe una desincronización del sueño y la vigilia, ante situaciones de estrés disminuye la capacidad de modificar la frecuencia cardiaca y presión arterial (13,14).

Homeostasis: Aumenta la susceptibilidad a la hipotermia e hipertermia, debido a que los ancianos producen menos calor por kilo de peso; se deshidratan rápidamente, pues regulan mal el agua corporal y presentan menos sensación a la sed (13,14).

Barreras de defensa: Debido al adelgazamiento de la piel se evidencian erosiones pequeñas siendo propensos a padecer infecciones; la respuesta inmunitaria se encuentra disminuida.

2.2.1.2 Adulto mayor

La OPS (3), considera adultos mayores a personas con edades de más de 60 años, es así, que en el 2006 identificó cerca de 50 millones de adultos mayores, estadística estimada a duplicarse en el 2025 al igual que al llegar al 20250. De la misma forma, la esperanza de vida de las personas ha aumentado, de forma que una persona con 60 años de edad puede llegar a vivir 21 años más, llegando a vivir hasta los 81 años. El Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito (15) refiere que, en Ecuador se define al adulto mayor a

toda persona cuya edad sea a partir de los 65 años de edad, los cuales tienen derecho a una atención prioritaria tanto en el ámbito público como privado.

2.2.1.3 Geriatría Y Gerontología

Es necesario identificar y diferenciar las ciencias que se encargan y cubren las necesidades de los adultos mayores. Hernández (16) indica que, Geriatría proviene del griego geron que significa vejez y iatría refiere a curación; por tanto, la geriatría es una rama de la medicina encargada de la prevención y asistencia de la enfermedad que evidencian las personas adultas mayores, así como de sus capacidades funcionales y reinserción a la comunidad.

Fernández et al. (17) menciona que la palabra Gerontología proviene del griego geron que significa vejez y logía estudio; por tanto, es la ciencia que se encarga de la vejez y las características fenomenológicas que la caracterizan; trabaja de manera multidisciplinaria con ciencias no solo biomédicas, sino todas las relacionadas a la vejez. Las dimensiones que abarca la gerontología son las biológicas, psíquicas, sociales, económicas y legales.

2.2.2 Deterioro Funcional del Adulto Mayor

Montaña (18) “Define al deterioro funcional como la pérdida de la independencia en las actividades de autocuidado, el deterioro funcional se caracteriza por la pérdida de una o más actividades básicas (baño, vestido, aseo personal, transferencias, continencia y alimentación) o instrumentales (uso de teléfono, transporte, manejo de finanzas, control de medicamentos, compras, actividades domésticas y preparación de alimentos) de la vida diaria en un periodo de tiempo específico”. (p.9)

Como consecuencia, el autor menciona que las actividades realizadas en el diario vivir son pieza fundamental para establecer las capacidades funcionales del adulto mayor y que puede llegar a ser un marcador de mal pronóstico para la vida y función a corto plazo. Por consiguiente, se incluyen en el deterioro la pérdida o déficit en las funciones mentales, movilidad y adaptación en el medio ambiente, incluyendo las capacidades de comunicación.

De igual forma, Montaña (18) indica que entre las enfermedades que se encuentran asociadas o son causantes del deterioro funcional en el adulto mayor son:

- Enfermedad vascular cerebral
- Enfermedad de Parkinson
- Deterioro cognitivo
- Cardiopatía isquémica
- Insuficiencia cardíaca aguda o crónica
- Infecciones agudas y crónicas
- Diabetes mellitus descontrolada o descompensada
- Crisis social o psicológica (muerte de pareja, ingreso hospitalario, ingreso a institución de cuidados crónicos)
- Insuficiencia renal o hepática
- Neoplasias
- Trastornos endocrinos (hipotiroidismo, hipocortisolismo)

Es notable conocer las enfermedades que se presentan e influyen en las capacidades funcionales del adulto mayor, lo que permite identificar las enfermedades que llevan la exacerbación o el deterioro progresivo de las capacidades funcionales, como es el Parkinson y neoplasias, el mismo que en sus fases iniciales no evidencia deterioro limitándose en poco tiempo de forma abrupta. Se han descrito dos tipos de deterioro funcional como:

- Deterioro funcional agudo: se presenta con una fase inicial súbita que evoluciona de días a semanas, se asocia a enfermedades recurrentes, complicaciones o descompensaciones de enfermedades crónicas, incluyendo crisis sociales y psicológicas.
- Deterioro funcional crónico: evidencia un deterioro insidioso que presenta un tiempo de duración de semanas o meses, y se asocia a enfermedades crónicas comúnmente progresivas, enfermedades nuevas o iatrogenas en relación al medicamento.

La revisión de los factores que influyen en el deterioro funcional son pronósticos en el aumento del índice de mortalidad de adultos mayores, y también determina la dependencia permanente en la ABVD.

2.2.2.1 Deterioro Funcional por Aislamiento Social

Arranz et al. (19) refiere “El aislamiento social es una situación muy frecuente en los adultos mayores, el mismo que siente una falta de compañía, afecto y de apoyo que se agrava por la ausencia de relaciones sociales de calidad” (p.2). En concordancia, cuando una persona llega a la tercera edad enfrenta múltiples circunstancias que debe enfrentar el adulto mayor, como la jubilación, dificultad para hacer nuevos amigos, posible rechazo por parte de la sociedad, viudez y la pérdida de seres queridos.

La terapeuta ocupacional Sanz (20) menciona que al inicio de la cuarentena por la pandemia del Covid 19, se dio comienzo a un periodo de incertidumbre y tristeza que agrava el sentimiento de soledad muy característico en la población de adultos mayores. El aislamiento conlleva al sentimiento de inseguridad, a la alteración de rutinas o su pérdida y a un notable distanciamiento social.

Dichos factores afectan directamente la calidad de vida, traducándose en una serie de síntomas como apatía, melancolía, modificaciones del sueño, irritabilidad, llanto, ansiedad, alteraciones del sueño, etc. Finalmente, derivan en alteración de las capacidades funcionales por el cambio, de roles y rutinas que limitan sus habilidades y conllevan a un aumento en el grado de dependencia a corto plazo.

2.2.3 Valoración Integral Geriátrica

El instituto Mexicano de Seguridad social (21) mediante su Guía de referencia rápida indica “La valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso diagnóstico interdisciplinario multidimensional enfocado en determinar el área médica, psicológica, funcional, social y familiar de los problemas de una persona de edad avanzada así como sus recursos, con el fin de desarrollar un plan integral de manejo y seguimiento” (p.19). Como se ha dicho, la VGI es pieza importante para identificar, vigilar y evidenciar los resultados de un tratamiento aplicado en el adulto mayor.

En consecuencia Martínez et al. (22) indica que la valoración geriátrica tiene como objetivo identificar el estado de salud y el desempeño funcional del adulto mayor; es decir, busca lograr un plan de cuidado global que optimiza recursos y precautela la continuidad del cuidado. Uno de los aspectos importantes en

relación al área de rehabilitación en el adulto mayor, es la evaluación del estado funcional el cual se encarga de identificar situaciones que pueden derivar en incapacidad severa como la inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual; de igual manera, contribuye en con datos objetivos para la implementación de propuestas que limiten el deterioro o mejore sus condiciones de vida.

2.2.3.1 Evaluación Funcional del Adulto Mayor

La OPS (12) refiere que la funcionalidad del adulto mayor, se condiciona bajo tres componentes que incluyen los siguiente:

- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): comprende actividades como bañarse, vestirse, usar el inodoro, moverse incluyendo entrar y salir de la cama, continencia o control de esfínteres y su alimentación.
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): incluyen a actividades como el uso de transporte, ir de compras, uso de teléfono, control de fármacos y capacidades para realizar las tareas domésticas.
- Marcha y equilibrio

La Guía de Referencia Rápida (23) menciona “El deterioro de la capacidad funcional es un fenómeno frecuente asociado a la edad, es un indicador sensible para identificar una nueva enfermedad, puede ser predictor de mortalidad, mayor estancia hospitalaria y necesidad de institucionalización ”(p.6). Es así que, la evaluación funcional del adulto mayor comprende a las ABVD, AIVD, evaluación del riesgo de caídas y la evaluación del riesgo de úlceras por presión en el paciente geriátrico.

Es de interés describir en la valoración funcional las ABVD y AIVD, partiendo de aquello, para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria se utiliza diferentes instrumentos, siendo uno de ellos y el más utilizado el índice de Katz, el mismo que se compone de seis ítems que destacan el orden en que el adulto mayor pierde o recupera la independencia en las ABVD. En relación a las AIVD, se describen como actividades de mayor complejidad en relación con el entorno y proyectan la integridad física, cognitiva y psicoafectiva; la pérdida o déficit en alguna de dichas actividades refleja la sospecha de deterioro cognitivo o depresión (23).

Trigás (24) menciona que la escala de Lawton y Brody es un instrumento que valora 8 ítems, comprendiendo la capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, administración de su economía y responsabilidad en la toma de medicamentos. A cada ítem le asigna 1 punto que indica independencia y 0 dependencia; teniendo como puntuación final al sumar todos los puntajes un valor de 0 que refiriendo máxima dependencia y 8 como independencia total.

2.2.4 Tecnologías de la Información y de la Comunicación

Barrios et al. (25) indica “La telerehabilitación es una alternativa a los servicios de rehabilitación ambulatorios y se refiere a la aplicación clínica de servicios consultivos, preventivos, diagnósticos y terapéuticos a través de tecnologías de telecomunicaciones interactivas bidireccionales” (p.3). En consonancia, Massetti et al. (26) refiere, “Las terapia a través de un escenario virtual parece fomentar el aprendizaje motor, la retención de las habilidades aprendidas, y la transferencia de habilidades a situaciones del mundo real” (p.4).

En concordancia con los autores, en el ámbito de la rehabilitación el uso de medios electrónicos es beneficioso, pues permite llegar a individuos que no pueden acceder de forma presencial a ella. Khalifa (27) menciona “La telerehabilitación puede ser una alternativa rentable de prestación de servicios a distancia para superar las dificultades que pueden impedir que un paciente reciba atención en una institución de salud” (p.6). Teniendo en cuenta su accesibilidad se puede precisar que las nuevas tecnologías han sido pieza fundamental en la telerehabilitación, ya que mejora la calidad de vida del paciente desde su hogar.

Orozco (28) indica que la telerehabilitación es una propuesta innovadora, útil para la atender a pacientes desde su hogar o lugares lejanos, mediante medios o sistemas de comunicación electrónicos. El uso de dicho sistema es provee de beneficios como evitar traslados, inversión de tiempos y aumento de costos. La telerehabilitación modifica el paradigma de la prestación de salud e incluye una nueva forma de rehabilitación o entrenamiento de sus limitaciones.

2.2.4.1 Telesalud y Terapia Ocupacional

En la actualidad el requerimiento de atención integral en el adulto mayor es imprescindible para la rehabilitación y mantenimiento de sus capacidades funcionales. El instituto de Rehabilitación Funcional (29) menciona “La tele-rehabilitación brinda a los terapeutas ocupacionales y a otros profesionales de la salud flexibilidad para continuar tratando a su pacientes mientras siguen las mejoras prácticas y estándares éticos” (p. 7).

Por otra parte, la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) (30) indica “La Telesalud como el uso de Tecnología de la Información y de la Comunicación, también conocidas como TIC, para que el proveedor de servicio de salud de manera remota proporcione los servicios requeridos por el usuario cuando físicamente se encuentran localidades distantes, mejorando los servicios ubicados en cada comunidad, como también fortaleciendo y ampliando los servicios integrales de habilitación y rehabilitación” (p.1)

Por lo que se refiere a la Pandemia del Covid-19, la población a nivel mundial se ha visto obligada realizar cuarentenas obligatorias y voluntarias que influyen en la ocupación, pues se han tenido que modificar hábitos y rutinas que no precisamente han sido satisfactorias. Es por ello que, en concordancia con lo antes mencionado, el uso de medios tecnológicos como herramienta de intervención se hace necesaria, y evidente para que desde la terapia ocupacional se llegue a las diferentes poblaciones de acuerdo a sus requerimientos.

Velasco (31) refiere “ La WFOT establece que la telerehabilitación puede dividirse en interacciones a tiempo real entre el profesional y el usuario mediante videoconferencia, monitoreo a distancia, interacciones virtuales usando aplicaciones (apps) y tecnologías de realidad virtual y/o interacciones mediante transferencia de datos por parte del proveedor y el usuario” (p.2). En vista de que existen diversas formas de telerehabilitación, se puede indicar que es una alternativa accesible y que permite evaluar, intervenir, monitorear, supervisar y consultar a través de un programa de terapia ocupacional.

Fairley (32) menciona que desde el 2010 se ha usado la tele-salud desde la terapia ocupacional, es así que, el terapeuta puede sugerir una manera de

vestirse diferente, cómo usar diferentes dispositivos adaptados, como un calzador, ayudas para colocarse las mediada, o para vestirse o como realizar adaptaciones en el hogar para hacerlo más seguro. En relación a lo expuesto, se puede establecer la utilización dela telerehabilitación en el desempeño funcional de una persona, acarreando beneficios como la reducción del tiempo de traslado a los prestadores de servicios, fácil acceso de la atención especializado y a la atención del equipo multidisciplinario, entre otras.

2.2.5 Terapia Ocupacional en Geriatría

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (33) menciona que la terapia ocupacional es una profesión sociosanitaria, como finalidad utiliza la actividad con objetivo, conocida también como actividad significativa, cuyo objetivo es prevenir, mantener, rehabilitar, compensar o adaptar las capacidades de la persona y de su entorno.

En concordancia, en estados de salud la terapia ocupacional se enfoca de una forma preventiva y de mantenimiento; es así que, ante la presencia de enfermedad o deterioro funcional, el enfoque se dirige a adquirir nuevas habilidades, rehabilitando o compensando en conjunto con la adaptación del entorno.

De igual forma, Vargas (34) menciona que el propósito de la terapia ocupacional en geriatría es identificar la influencia que tienen el envejecimiento en la ocupación del adulto mayor, tanto en actividades básicas de la vida diaria, como en las instrumentales, de participación social, formativas, trabajo, ocio y tiempo libre. De igual manera, se enfoca que el desarrollo de programas, métodos y técnicas ocupacionales de adultos mayores que residen en el ámbito comunitario e institucional.

El grupo casaverde (35) indica que los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados a la vejez pueden influir en la capacidad para realizar las ocupaciones diarias y esto puede repercutir en la calidad de vida, es así que, cuando dichas actividades se ven afectadas el terapeuta ocupacional puede ayudar a retomar la independencia y autonomía para lograr una mayor calidad de vida.

En relación a lo descrito, el terapeuta ocupacional establece su abordaje en relación a las necesidades, dificultades y los objetivos a alcanzar:

- Reeducación y entrenamiento en la realización de las AVD
- Entrenamiento en uso de adaptaciones y ayudas técnicas
- Rehabilitación física
- Actividades de ocio enfocadas al desarrollo de actividades lúdico-terapéuticas, usando actividades significativas y con un fin para la persona, dichas actividades deben ser muy variadas y de acuerdo a los intereses y requerimientos de las personas.

2.2.5.1 Modelo de Ocupación Humana

Kielhofner (36) refiere “Toda ocupación humana procede de una tendencia espontánea, innata del sistema humano.” En consecuencia, la ocupación es un factor fundamental en el ser humano que constituyen un factor protector de su salud y calidad de vida. Otra definición del mencionado autor, establece “El hombre, a través del uso de sus manos energizadas por la mente y la voluntad, puede influir en el estado de su propia salud”. Es así que, la ocupación o la carencia de la misma en el ser humano contribuye en el deterioro o mantenimiento de la salud.

Hidalgo (37) menciona que el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), interpreta a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, en el cual interactúan diversos componentes como el ambiente que engloba la situación física, social y cultural; otro componente es el throughput que incluye el proceso de análisis y elaboración de la información por parte del organismo así como la organización de una conducta ocupacional y el output que trata del comportamiento ocupacional.

Existen tres subsistemas o niveles jerárquicos que determina a la persona como un sistema conceptualizado por el MOHO (37):

- Subsistema de Volición: se destaca por seleccionar el comportamiento ocupacional.
- Subsistema de Habitación: contribuye a la organización del comportamiento ocupacional en patrones o rutinas

- Capacidad de desempeño: es el conjunto de habilidades que son usadas en la elaboración de un comportamiento con propósito y cumple con la organización de los constituyentes físicos y mentales.

El MOHO es una herramienta útil para la instauración de nuevas propuestas de tratamiento en el adulto mayor, el cual utiliza la ocupación como instrumento en el mantenimiento y rehabilitación de las capacidades funcionales del individuo.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

GERIATRÍA: Parte de la medicina que se ocupa de las enfermedades propias de la vejez.

GERONTOLOGÍA: Conjunto de actividades profesionales y no profesionales que ayudan o buscan diseñar un protocolo o sistema asistencial integral.

DETERIORO: Alteración, proceso que produce u origina cambios en reservas funcionales

DECLIVE: Manifestaciones y procesos de cambios funcionales y biológicos que no necesariamente son patológicos.

SENESCENCIA: Proceso biológico del envejecimiento relacionada con cambios de estrés, infecciones y agentes extraños.

ABVD: Actividades Básicas de la vida Diaria

AIVD: Actividades Instrumentales de la vida Diaria

ATEROESCLEROSIS: Se refiere a la acumulación de grasas, colesterol y otras sustancias dentro y sobre las paredes de las arterias (placa), lo cual puede restringir el flujo sanguíneo.

ARTERIOESCLEROSIS: Alteración vascular que se caracteriza por el endurecimiento, el aumento del grosor y la pérdida de elasticidad de las paredes arteriales

SARCOPENIA: Trastorno muscular, en el cual se disminuye la masa muscular y el número de células musculares.

2.4 MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR. ADULTAS Y ADULTOS MAYORES.

SECCIÓN PRIMERA

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas. 2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones. 3. La jubilación universal. 4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos. 5. Exenciones en el régimen tributario. 6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley. 7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta 36 las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

TÍTULO VII

RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR Capítulo primero Inclusión y equidad

Art. 340.-El sistema nacional de inclusión y equidad social es el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo.

El sistema se articulará al Plan Nacional de Desarrollo y al sistema nacional descentralizado de planificación participativa; se guiará por los principios de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación; y funcionará bajo los criterios de calidad, eficiencia, eficacia, transparencia, responsabilidad y participación.

El sistema se compone de los ámbitos de la educación, salud, seguridad social, gestión de riesgos, cultura física y deporte, hábitat y vivienda, cultura, comunicación e información, disfrute del tiempo libre, ciencia y tecnología, población, seguridad humana y transporte.

Art. 341.- El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad.

La protección integral funcionará a través de sistemas especializados, de acuerdo con la ley. Los sistemas especializados se guiarán por sus principios específicos y los del sistema nacional de inclusión y equidad social.

El sistema nacional descentralizado de protección integral de la niñez y la adolescencia será el encargado de asegurar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Serán parte del sistema las instituciones públicas, privadas y comunitarias.

2.5 OPINIÓN DEL AUTOR

El confinamiento que en la actualidad se da a nivel global por la pandemia del Covid-19 destaca un gran factor de riesgo que limita al adulto mayor como es el aislamiento; partiendo desde dicho punto, existen otros factores de riesgo que en situaciones normales conllevarían al aislamiento, contribuyendo a la depresión, falta de autonomía y deterioro de la funcionalidad del adulto mayor, por el mal uso del tiempo libre en sus hogares. Es por ello, que una de las alternativas ya usadas, pero poco implementadas en casos necesarios, es el uso de medio electrónicos para intervenir con programas o planes de rehabilitación, sin ser la primera opción en los planes de rehabilitación, porque como se sabe, es más óptima una rehabilitación presencial que integra de forma efectiva los contextos de un individuo.

2.6 HIPÓTESIS

La aplicación de actividades de estimulación integral mediante vía online para adultos mayores, potenciará sus capacidades funcionales y limitará el deterioro progresivo de sus habilidades y destrezas en el hogar.

2.7 VARIABLES

Variable independiente

Adultos mayores

Variable dependiente

Rehabilitación funcional

2.7.1 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	CONCEPTO	INDICADOR	FUENTE
VARIABLE INDEPENDIENTE	EDAD	Periodo en que transcurre la vida de un ser vivo. Se llama adulto mayor a todo individuo	- 65-70 - 71-75 - 76-80	Hoja de registro

ADULTOS MAYORES		mayor de 65 años.		
	SEXO	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino 	Hoja de registro I
	PATOLOGÍAS	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.	<ul style="list-style-type: none"> - ECV - Parkinson - Deterioro cognitivo - DM2 - Crisis social psicológica - Artritis y Artrosis - Osteoporosis - Cardiopatías 	Hoja de registro
VARIABLE DEPENDIENTE: REHABILITACIÓN FUNCIONAL	ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)	Son tareas que una persona realiza en su diario vivir de manera independiente en armonía con su entorno que le permite cumplir uno o varios roles en la sociedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Arreglo personal - Baño - Vestido hemicuerpo superior - Vestido hemicuerpo inferior - Aseo perineal - Control de vejiga - Control de intestino - Traslado cama a silla - Caminar 	Escala F.M.I

Elaborado por: María José Medina Correa y Alcira Dayanara Espinoza Vera

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGICO

3.1 METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del presente estudio se rige al enfoque cuantitativo y cualitativo, por ende, se describe como una investigación con un enfoque metodológico mixto. Basándonos en el enfoque cualitativo se busca establecer las cualidades fenomenológicas de adultos mayores que son intervenidos mediante vía online, por el programa de intervención integral. Es de enfoque cuantitativo debido a que se obtendrán datos numéricos en relación a los beneficios que se obtienen con la obtención del programa.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación empleada en el estudio es de tipo descriptivo porque se detallan las cualidades de las variables, exploratorio y de corte longitudinal; pues nos permite identificar las capacidades funcionales en una evaluación inicial y los resultados de implementar el programa de estimulación integral en los adultos mayores del Centro geriátrico NOVAVIDA en una evaluación final.

3.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

El método implementado es el observacional, porque el desarrollo de la intervención se realiza mediante vía online, por tanto, no existe contacto directo con los participantes del estudio.

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA

3.4.1 Universo

Para la realización de la presente investigación se cuenta con un universo de 45 adultos mayores del sexo masculino y femenino, pertenecientes al centro gerontológico NOVAVIDA, que reciben rehabilitación mediante vía online debido a que no pueden asistir a las instalaciones del centro.

3.4.2 Muestra

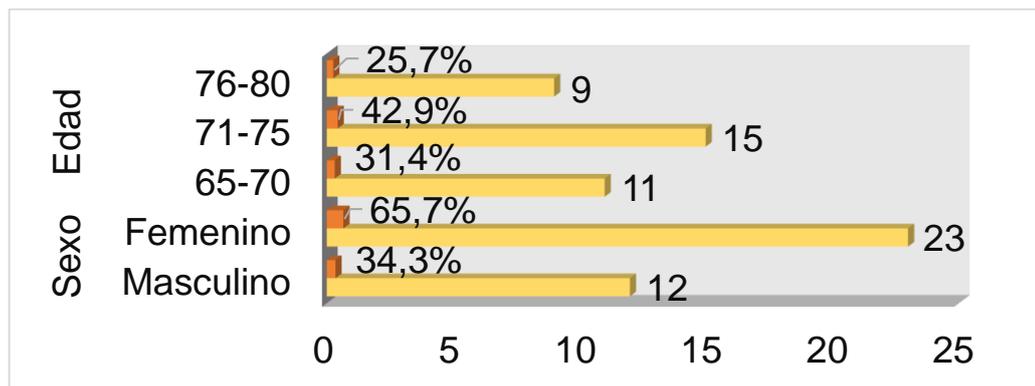
La muestra es una determinada cantidad tomada del universo que cuenta con cualidades y características que requiere la investigación para cumplir con el objetivo y el problema planteado. La prioridad de nuestra muestra es intervenir en las cualidades de las variables de estudio que toma el nombre de muestra aleatoria. Es así que, la muestra del presente estudio fue seleccionada en base a los criterios de selección, dando como resultado 35 adultos mayores que participan de la intervención de rehabilitación mediante vía online.

Tabla 1. Distribución de participantes por edad y sexo

Variables		Pacientes	%
Sexo			
	Masculino	12	34,3%
	Femenino	23	65,7%
	Total	35	100,0%
Edad			
	65-70	11	31,4%
	71-75	15	42,9%
	76-80	9	25,7%
	Total	35	100,0%

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores
Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 1. Distribución de participantes por edad y sexo



Análisis: En base a la edad y sexo de los participantes, se pudo observar que el sexo con mayor predominio fue el femenino con 65,7%, seguido del masculino con el 34,3%. En relación a la edad, el grupo etario más prevalente fue de 71-75 años con 42,9%, seguido del 31,4% con 65-70 años y el 25,7% de 76 a 80 años.

Análisis de resultados de la intervención del programa de rehabilitación funcional.

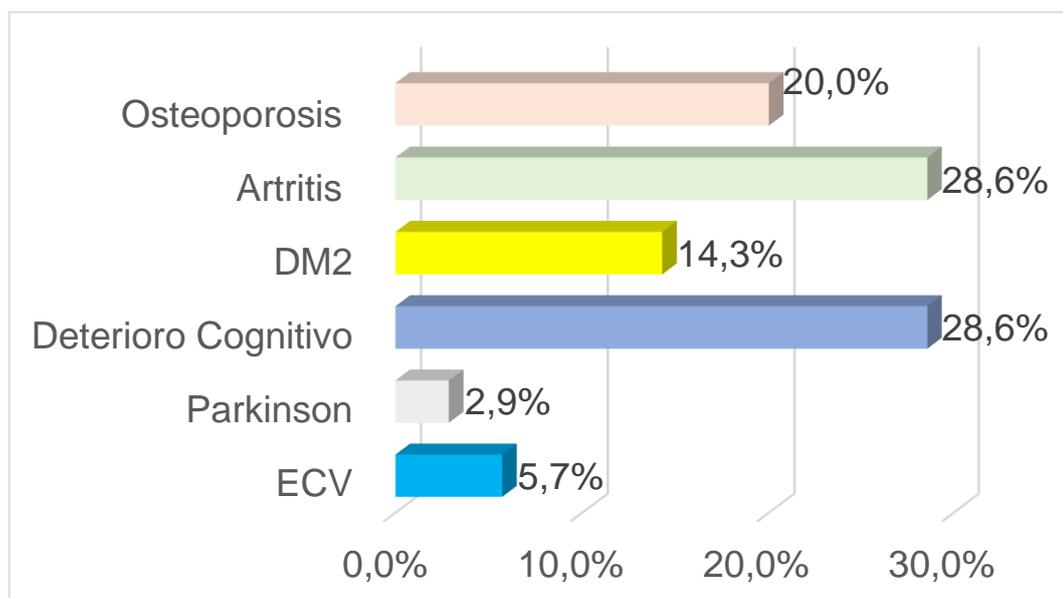
Tabla 2. Distribución de adultos mayores según las patologías presentes.

Patologías	Frecuencia	Porcentaje
ECV	2	5,7%
Parkinson	1	2,9%
Deterioro Cognitivo	10	28,6%
DM2	5	14,3%
Artritis	10	28,6%
Osteoporosis	7	20,0%
Total	35	100,0%

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 2. Distribución de adultos mayores según las patologías presentes.



Análisis: Se distribuyó a los pacientes según la patología de base, evidenciando que el 28,6% presentó Artritis y Deterioro cognitivo en mayor proporción, seguido de Osteoporosis con 20,0%, Diabetes mellitus tipo 2 en el 14,3%, en el 5,7% se observó Eventos cerebro vasculares y Parkinson en el 2,9%.

Tabla 3. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, alimentación.

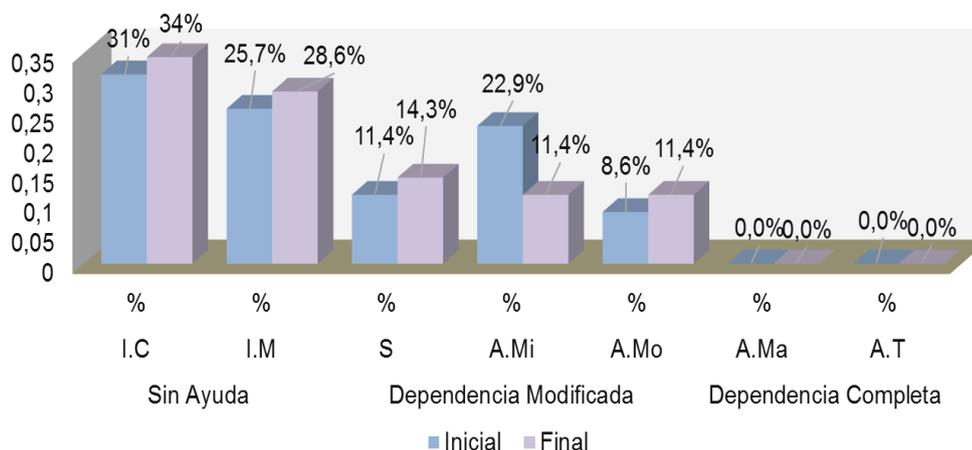
Alimentación		Sin Ayuda				Dependencia Modificada						Dependencia Completa			
Evaluación	Usuarios	I.C		I.M		S		A.Mi		A.Mo		A.Ma		A.T	
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Inicial	35	11	31%	9	25,7%	4	11,4%	8	22,9%	3	8,6%	0	0,0%	0	0,0%
Final	35	12	34%	10	28,6%	5	14,3%	4	11,4%	4	11,4%	0	0,0%	0	0,0%

Nota: I.C: Independencia Completa; I.M: Independencia Modificada; S: Supervisión; A. Mi: Asistencia Mínima; A. Mo: Asistencia Moderada; A. Ma: Asistencia Máxima; A.T: Asistencia Total.

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 3. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, alimentación.



Análisis: Se realizó la valoración inicial en el total de la muestra (35 adultos mayores), evidenciando en el ítem de la alimentación la diferencia del nivel de funcionalidad, observando que el 31% (11) presentó independencia completa, el 25,7% independencia modificada; en menor proporción se ubican en el grado de dependencia modificada distribuyéndose el 11,4% (4) en un nivel de supervisión, 8,6% (3) se situó en el nivel de asistencia mínima y el 8,6% (3) en asistencia moderada. En la evaluación final posterior a la implementación del programa de rehabilitación funcional, se pudo observar que los participantes que no requirieron ayuda incrementaron en un 34% (12) en su nivel de independencia completa, seguida del 28,6% (10) en el nivel de independencia modificada.

Tabla 4. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, arreglo personal.

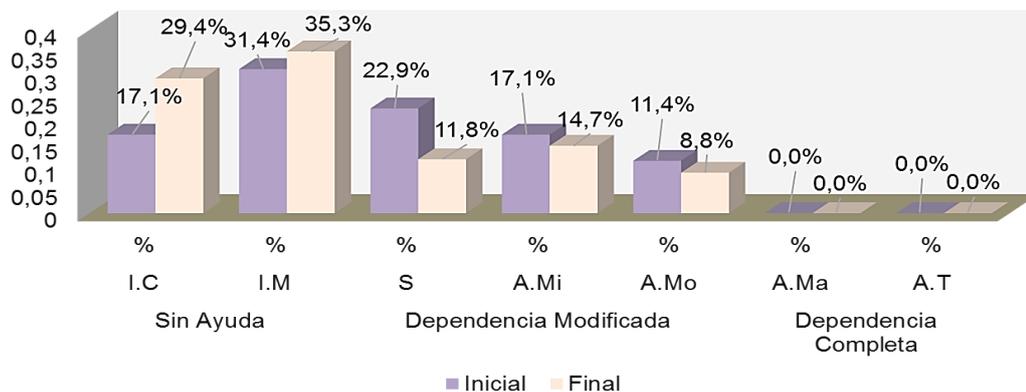
Arreglo personal		Sin Ayuda				Dependencia Modificada						Dependencia Completa			
Evaluación	Usuarios	I.C		I.M		S		A.Mi		A.Mo		A.Ma		A.T	
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Inicial	35	6	17,1%	11	31,4%	8	22,9%	6	17,1%	4	11,4%	0	0,0%	0	0,0%
Final	35	10	29,4%	12	35,3%	4	11,8%	5	14,7%	3	8,8%	0	0,0%	0	0,0%

Nota: I.C: Independencia Completa; I.M: Independencia Modificada; S: Supervisión; A. Mi: Asistencia Mínima; A. Mo: Asistencia Moderada; A. Ma: Asistencia Máxima; A.T: Asistencia Total.

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 4. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, arreglo personal.



Análisis: En el total de la muestra (35 adultos mayores), el ítem del arreglo personal muestra que en la evaluación inicial el mayor porcentaje se ubicó con el 31,4% (11) en el nivel de funcionalidad con independencia modificada, seguida del 17,1% (6) en independencia completa; en el grado de dependencia modificada se distribuyó un 22,9% (8) que requiere supervisión, el 17,1% (6) requiere asistencia mínima y el 11,4% (4) con asistencia moderada. En la evaluación final, posterior a la intervención del programa vía online evidenció que el 35,3% se situó en independencia modificada, el 29,4% (10) de independencia completa; seguido de un grado de funcionalidad que requirió dependencia moderada, distribuido en 14,7% con asistencia mínima, 11,8% (4) supervisión y asistencia moderado en 8,8% (3).

Tabla 5. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, baño.

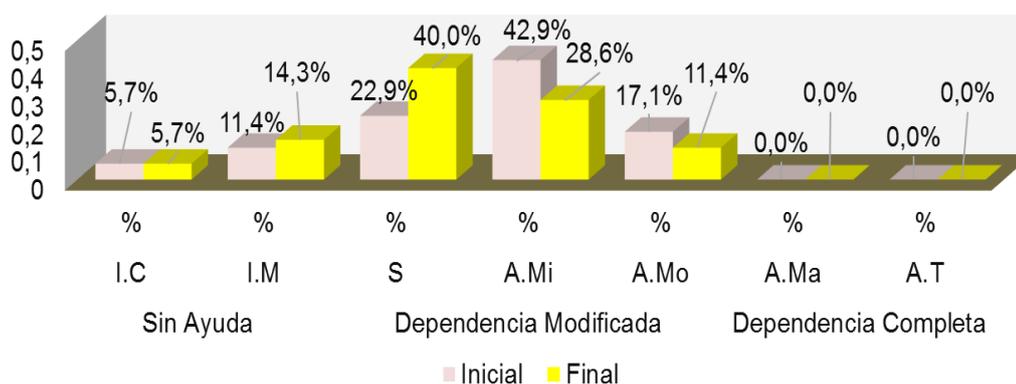
Baño	Usuarios	Sin Ayuda				Dependencia Modificada						Dependencia Completa			
		I.C		I.M		S		A.Mi		A.Mo		A.Ma		A.T	
Evaluación	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Inicial	35	2	5,7%	4	11,4%	8	22,9%	15	42,9%	6	17,1%	0	0,0%	0	0,0%
Final	35	2	5,7%	5	14,3%	14	40,0%	10	28,6%	4	11,4%	0	0,0%	0	0,0%

Nota: I.C: Independencia Completa; I.M: Independencia Modificada; S: Supervisión; A. Mi: Asistencia Mínima; A. Mo: Asistencia Moderada; A. Ma: Asistencia Máxima; A.T: Asistencia Total.

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 5. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, baño.



Análisis: Al realizar la valoración inicial se observó que un 5,7% (2) presentaba una independencia completa y el 11,44% (4) independencia modificada. En relación al grado de dependencia modificada se puso observar que el 42,9% (15) en mayor proporción requirió asistencia mínima, seguida de quienes necesitaron supervisión en el 22,9% (8) y asistencia moderada en el 17,1% (6). Después de realizar los diferentes ejercicios comprendidos en el programa mediante vía online, la evaluación final mostró que se mantuvo la frecuencia en la independencia completa, aumentando en la independencia modificada a 14,3% (5), en el grado de dependencia modificada se observó un incremento notorio en quienes requerían supervisión en un 40,0% (40), seguido de la dependencia mínima en 28,6% (10) y asistencia moderada en 11,4% (4).

Tabla 6. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, vestido Hemicuerpo superior.

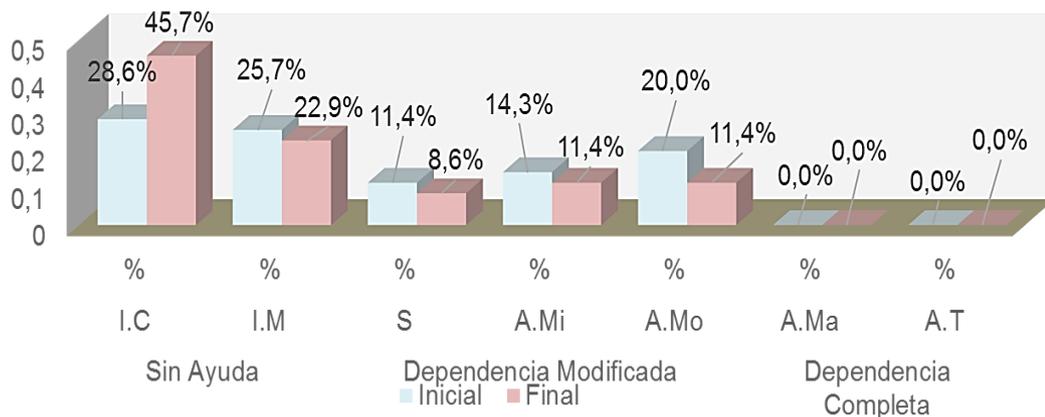
Vestido de hemicuerpo superior		Sin Ayuda				Dependencia Modificada						Dependencia Completa			
Evaluación	Usuarios	I.C		I.M		S		A.Mi		A.Mo		A.Ma		A.T	
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Inicial	35	10	28,6%	9	25,7%	4	11,4%	5	14,3%	7	20,0%	0	0,0%	0	0,0%
Final	35	16	45,7%	8	22,9%	3	8,6%	4	11,4%	4	11,4%	0	0,0%	0	0,0%

Nota: I.C: Independencia Completa; I.M: Independencia Modificada; S: Supervisión; A. Mi: Asistencia Mínima; A. Mo: Asistencia Moderada; A. Ma: Asistencia Máxima; A.T: Asistencia Total.

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 6. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, vestido Hemicuerpo superior.



Análisis: Los datos iniciales que se obtuvieron en el ítem del vestido de hemicuerpo superior, nos refiere que del total de la muestra (35) el 28,6% (10) evidenció independencia completa, seguido del 25,7% (9) con independencia modificada. En relación al grado de dependencia modificada, se distribuyó en 11,4% (4) de adultos mayores que se encontraban en un nivel de funcionalidad de supervisión, 14,3% (5) con nivel de asistencia mínima y el 20,0% (7) requirió asistencia moderada. Al realizar la evaluación final se obtuvo que el 45,7% (16) presentaba independencia completa, el 22,9% (8) con independencia modificada; en el grado de dependencia modificada se observó supervisión en el 8,6% (3), 11,4% (4) con asistencia mínima y el 11,4% (4) con asistencia moderada.

Tabla 7. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, vestido hemicuerpo inferior.

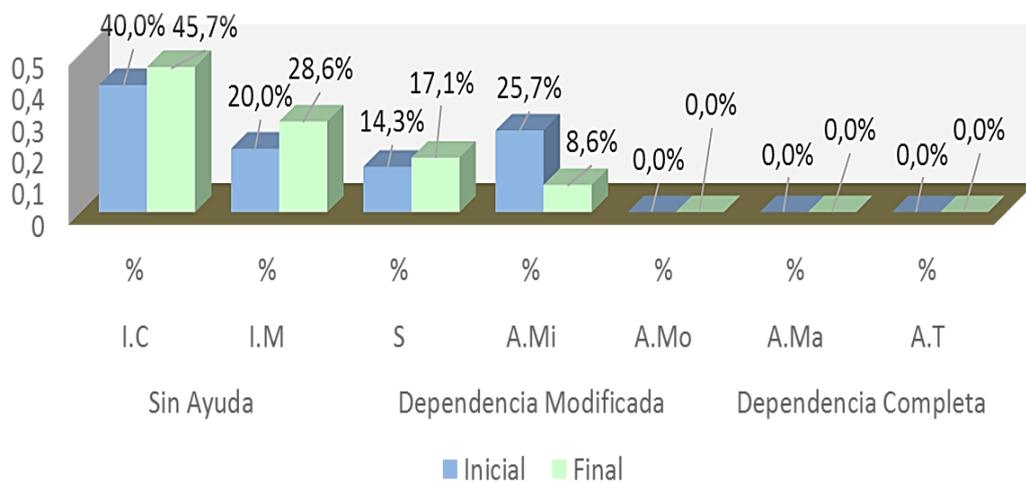
Vestido de hemicuerpo inferior		Sin Ayuda				Dependencia Modificada						Dependencia Completa			
Evaluación	Usuarios	I.C		I.M		S		A.Mi		A.Mo		A.Ma		A.T	
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Inicial	35	14	40,0%	7	20,0%	5	14,3%	9	25,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Final	35	16	45,7%	10	28,6%	6	17,1%	3	8,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Nota: I.C: Independencia Completa; I.M: Independencia Modificada; S: Supervisión; A. Mi: Asistencia Mínima; A. Mo: Asistencia Moderada; A. Ma: Asistencia Máxima; A.T: Asistencia Total.

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 7. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, vestido hemicuerpo inferior.



Análisis: En la evaluación inicial del hemisferio inferior se apreció que el 40,0% (14) presentó independencia completa, el 20,0% (7) independencia modifica; en el grado de dependencia modificada se distribuyó en el 14,3% con supervisión y el 25,7% (9) con asistencia mínima. En la evaluación final se pudo obtener un ascenso en la independencia completa en un 45,7% (16), en la independencia moderada con 28,6% (10); mientras que en el grado de dependencia modificada se distribuyó en el 17,1% (6) con supervisión y el 8,6% (3) con asistencia mínima.

Tabla 8. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, aseo perineal.

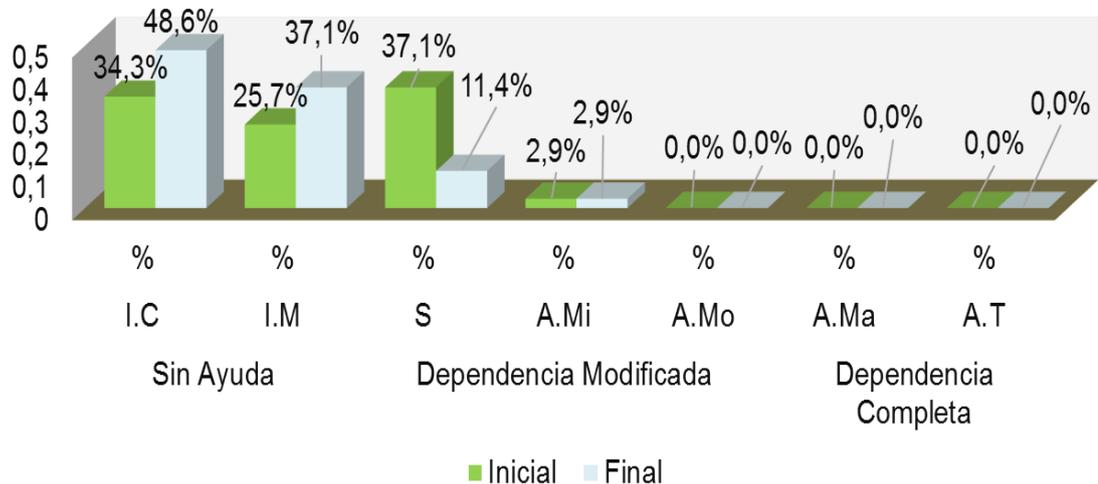
Aseo Perineal		Sin Ayuda				Dependencia Modificada						Dependencia Completa			
Evaluación	Usuarios	I.C		I.M		S		A.Mi		A.Mo		A.Ma		A.T	
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Inicial	35	12	34,3%	9	25,7%	13	37,1%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Final	35	17	48,6%	13	37,1%	4	11,4%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Nota: I.C: Independencia Completa; I.M: Independencia Modificada; S: Supervisión; A. Mi: Asistencia Mínima; A. Mo: Asistencia Moderada; A. Ma: Asistencia Máxima; A.T: Asistencia Total.

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 8. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, aseo perineal.



Análisis: Se evaluó inicialmente mediante vía online el aseo perineal del adulto mayor, estableciendo que el 34,3% (12) no requería ayuda, el 25,7% (9) presentó independencia modificada; en la dependencia modificada el 37,1% (13) necesitaba supervisión y el 2,9% dependencia moderada. En la evaluación final posterior a la implementación del programa de rehabilitación funcional vía online, mostró un ascenso evidenciando que el 48,6% se ubicó en independencia completa, seguido del 37,1% (13) con independencia modificada; en la dependencia modificada se distribuyó en el 11,4 % (4) con supervisión y el 2,9% (1) con dependencia mínima.

Tabla 9. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, control de vejiga.

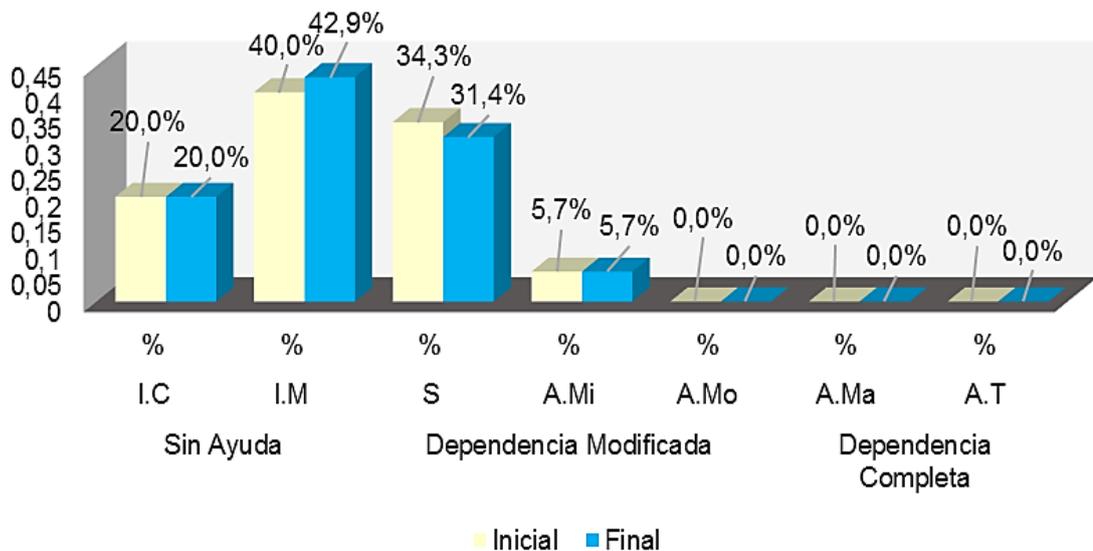
Control de vejiga		Sin Ayuda				Dependencia Modificada						Dependencia Completa			
Evaluación	Usuarios	I.C		I.M		S		A.Mi		A.Mo		A.Ma		A.T	
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Inicial	35	7	20,0%	14	40,0%	12	34,3%	2	5,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Final	35	7	20,0%	15	42,9%	11	31,4%	2	5,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Nota: I.C: Independencia Completa; I.M: Independencia Modificada; S: Supervisión; A. Mi: Asistencia Mínima; A. Mo: Asistencia Moderada; A. Ma: Asistencia Máxima; A.T: Asistencia Total.

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 9. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, control de vejiga.



Análisis: Al evaluar inicialmente el control de la vejiga, se realizó vía online con ayuda del cuidador, evidenciando que el 20,0% (7) refirió independencia completa, el 40,0% (14) con independencia modificada, el 34,3% (12) con supervisión, el 5,7% (2) con asistencia mínima. En la evaluación final posterior a la intervención online, se identificó que el 20,0% (7) presentó independencia completa, seguido del 42,9% (15) con independencia modificada, mientras que con supervisión disminuyó a 31,4% (11) y con asistencia mínima se mantuvo en 5,7% (2).

Tabla 10. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, control de intestino.

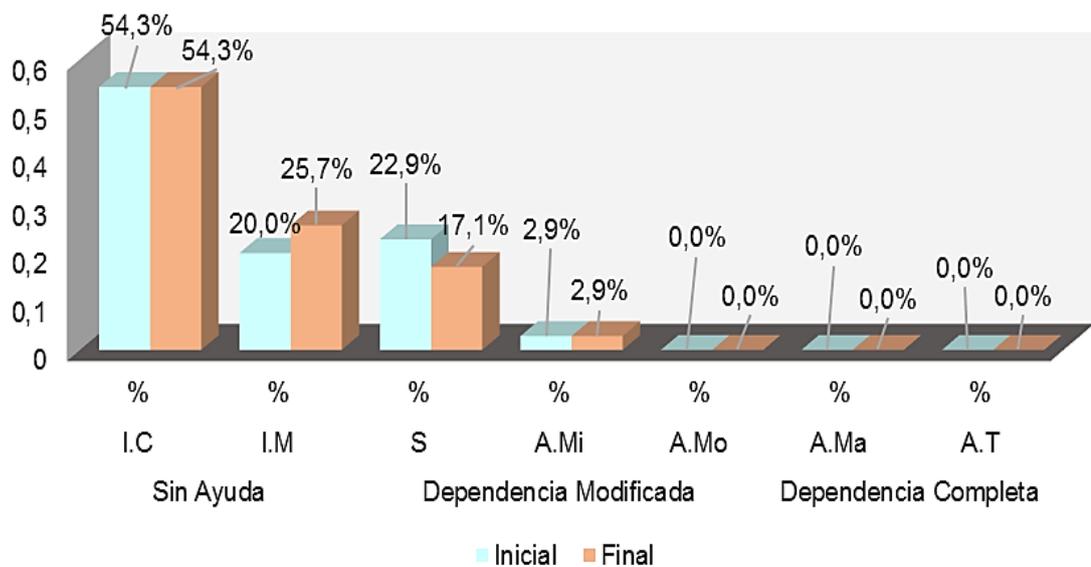
Control de intestino		Sin Ayuda				Dependencia Modificada				Dependencia Completa					
Evaluación	Usuarios	I.C		I.M		S		A.Mi		A.Mo		A.Ma		A.T	
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Inicial	35	19	54,3%	7	20,0%	8	22,9%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Final	35	19	54,3%	9	25,7%	6	17,1%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Nota: I.C: Independencia Completa; I.M: Independencia Modificada; S: Supervisión; A. Mi: Asistencia Mínima; A. Mo: Asistencia Moderada; A. Ma: Asistencia Máxima; A.T: Asistencia Total.

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 10. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, control de intestino.



Análisis: En la valoración inicial del control del intestino se pudo identificar que el 54,3% (19) presentó independencia completa, el 20,0 (7) mostró independencia modificada; en la dependencia modificada el 22,9% (8) necesitaba supervisión y el 2,9% (1) asistencia mínima. En relación a la evaluación final el 54,3% se mantuvo con independencia completa y el 25,7% (9) tuvo independencia modificada; la dependencia modificada se distribuyó en el 17,1% (6) con supervisión y el 2,9% en asistencia mínima manteniéndose.

Tabla 11. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, traslado de la cama a silla o silla de ruedas.

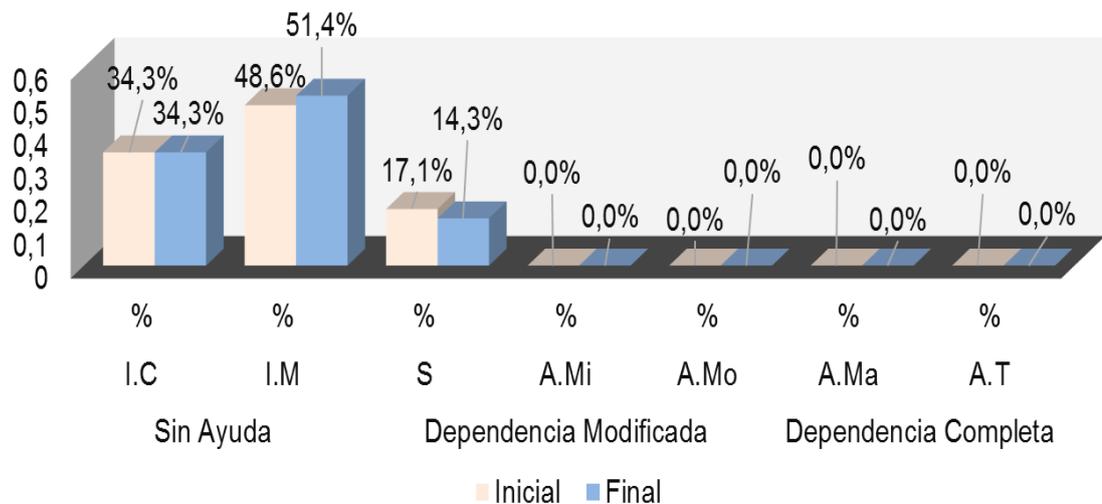
Traslado de la cama a silla o silla de ruedas		Sin Ayuda				Dependencia Modificada						Dependencia Completa			
Evaluación	Usuarios	I.C		I.M		S		A.Mi		A.Mo		A.Ma		A.T	
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Inicial	35	12	34,3%	17	48,6%	6	17,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Final	35	12	34,3%	18	51,4%	5	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Nota: I.C: Independencia Completa; I.M: Independencia Modificada; S: Supervisión; A. Mi: Asistencia Mínima; A. Mo: Asistencia Moderada; A. Ma: Asistencia Máxima; A.T: Asistencia Total.

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 11. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, traslado de la cama a silla o silla de ruedas.



Análisis: En la evaluación inicial del traslado de la cama a silla o silla de ruedas se determinó que el 34,3% (12) presentó independencia completa, el 48,6% (17) independencia modificada y el 17,1% (6) necesitó supervisión. En la evaluación final se observó que el 34,3% (12) se mantuvo con independencia completa, el 51,4% (18) independencia modificada y el 14,3% (5) necesitó supervisión.

Tabla 12. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, traslado al baño.

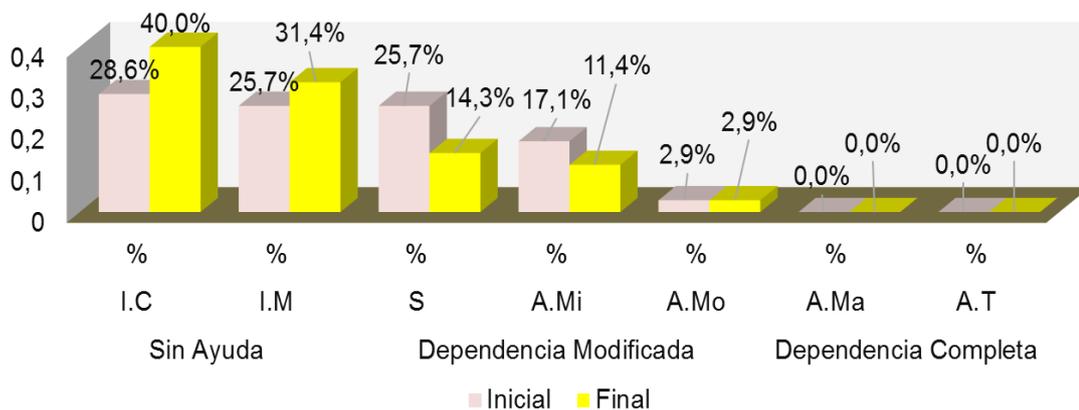
Traslado al baño		Sin Ayuda				Dependencia Modificada				Dependencia Completa					
Evaluación	Usuarios	I.C		I.M		S		A.Mi		A.Mo		A.Ma		A.T	
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Inicial	35	10	28,6%	9	25,7%	9	25,7%	6	17,1%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%
Final	35	14	40,0%	11	31,4%	5	14,3%	4	11,4%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%

Nota: I.C: Independencia Completa; I.M: Independencia Modificada; S: Supervisión; A. Mi: Asistencia Mínima; A. Mo: Asistencia Moderada; A. Ma: Asistencia Máxima; A.T: Asistencia Total.

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 12. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, traslado al baño.



Análisis: En el total de la muestra (35 adultos mayores), el ítem del traslado al baño muestra que en la evaluación inicial el mayor porcentaje se ubicó con el 28,6% (10) en independencia completa, seguida del 25,7% (9) con independencia modificada; en el grado de dependencia modificada se distribuyó un 25,7% (9) que requiere supervisión, el 17,1% (6) requiere asistencia mínima y el 2,9% (1) con asistencia moderada. En la evaluación final, posterior a la intervención del programa vía online evidenció que el 40,0% se situó en independencia completa, el 31,4% (11) con independencia modificada; seguido de un grado de funcionalidad que requirió dependencia moderada, distribuido en 14,3% (5) supervisión, 11,4% (4) con asistencia mínima y asistencia moderado en 2,9% (1).

Tabla 13. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, traslado en bañera o ducha.

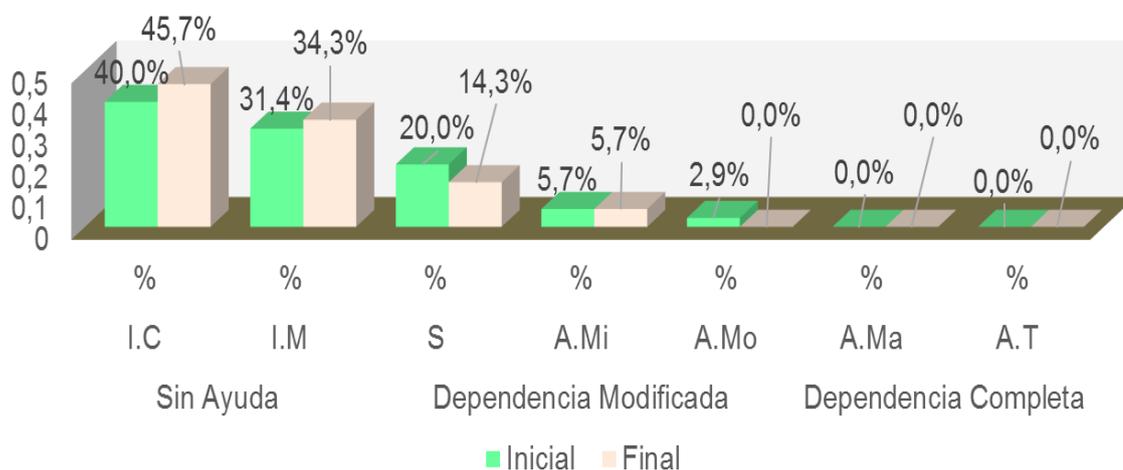
Traslado en bañera o ducha	Usuarios	Sin Ayuda				Dependencia Modificada						Dependencia Completa			
		I.C		I.M		S		A.Mi		A.Mo		A.Ma		A.T	
Evaluación	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Inicial	35	14	40,0%	11	31,4%	7	20,0%	2	5,7%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%
Final	35	16	45,7%	12	34,3%	5	14,3%	2	5,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Nota: I.C: Independencia Completa; I.M: Independencia Modificada; S: Supervisión; A. Mi: Asistencia Mínima; A. Mo: Asistencia Moderada; A. Ma: Asistencia Máxima; A.T: Asistencia Total.

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 13. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, traslado en bañera o ducha.



Análisis: En el total de la muestra (35 adultos mayores), el ítem del traslado en bañera o ducha muestra que en la evaluación inicial el 40,0% (14) presentó independencia completa, seguida del 31,4% (11) con independencia modificada; en el grado de dependencia modificada se distribuyó un 20,0% (7) que requiere supervisión, el 5,7% (2) requiere asistencia mínima y el 2,9% (1) con asistencia moderada. En la evaluación final, posterior a la intervención del programa vía online evidenció que el 45,7% se situó en independencia completa, el 34,3% (12) con independencia modificada; seguido de un grado de funcionalidad que requirió dependencia moderada, distribuido en 14,3% (5) supervisión, 5,7% (2) con asistencia mínima y asistencia moderada en 0% (0).

Tabla 14. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, caminar/desplazarse en silla de ruedas.

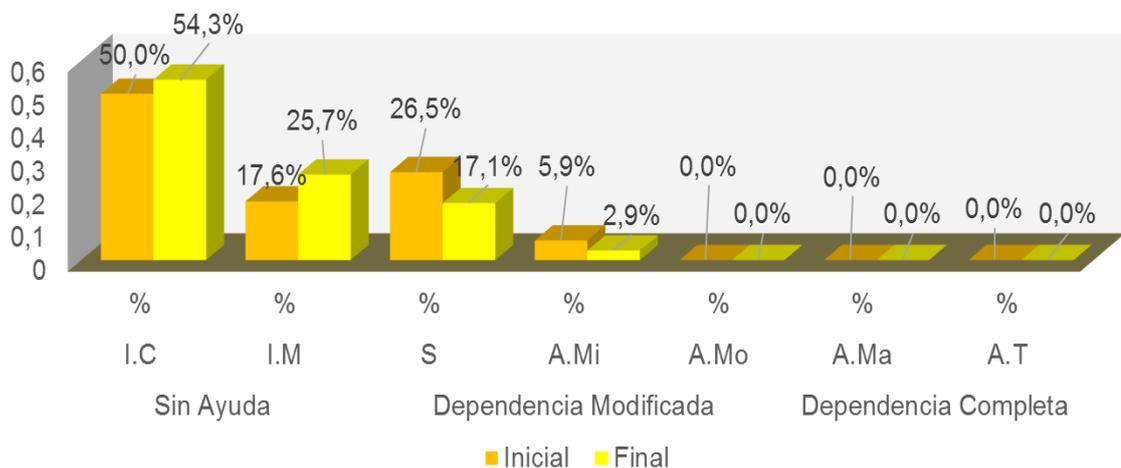
Caminar/ Desplazarse en silla de ruedas		Sin Ayuda				Dependencia Modificada						Dependencia Completa			
Evaluación	Usuarios	I.C		I.M		S		A.Mi		A.Mo		A.Ma		A.T	
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Inicial	35	17	50,0%	6	17,6%	9	26,5%	2	5,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Final	35	19	54,3%	9	25,7%	6	17,1%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Nota: I.C: Independencia Completa; I.M: Independencia Modificada; S: Supervisión; A. Mi: Asistencia Mínima; A. Mo: Asistencia Moderada; A. Ma: Asistencia Máxima; A.T: Asistencia Total.

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 14. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, caminar/desplazarse en silla de ruedas.



Análisis: En el total de la muestra (35 adultos mayores), el ítem de caminar/desplazarse en silla de ruedas, muestra que en la evaluación inicial el 50,0% (17) en independencia completa, seguida del 17,6% (6) con independencia modificada; en el grado de dependencia modificada se distribuyó un 26,5% (9) que requiere supervisión y el 5,9% (2) requiere asistencia mínima. En la evaluación final posterior a la intervención del programa vía online, se evidenció que el 54,3% se situó en independencia completa, el 25,7% (9) con independencia modificada; seguido de un grado de funcionalidad que requirió dependencia moderada, distribuido en 17,1% (6) con supervisión y 2,9% (1) con asistencia mínima.

Tabla 15. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, subir y bajar escaleras.

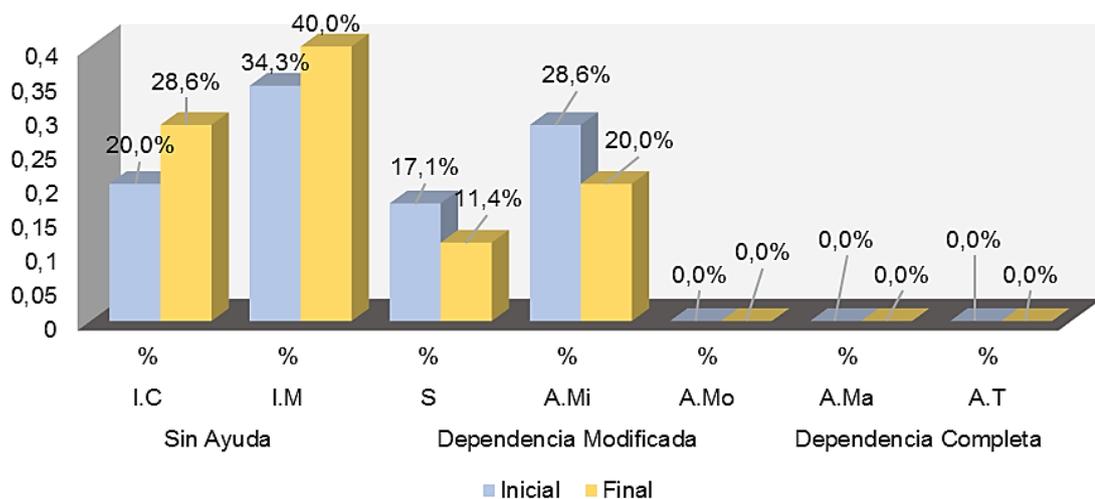
Subir y bajar escaleras		Sin Ayuda				Dependencia Modificada						Dependencia Completa			
Evaluación	Usuarios	I.C		I.M		S		A.Mi		A.Mo		A.Ma		A.T	
	No	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Inicial	35	7	20,0%	12	34,3%	6	17,1%	10	28,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Final	35	10	28,6%	14	40,0%	4	11,4%	7	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Nota: I.C: Independencia Completa; I.M: Independencia Modificada; S: Supervisión; A. Mi: Asistencia Mínima; A. Mo: Asistencia Moderada; A. Ma: Asistencia Máxima; A.T: Asistencia Total.

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 15. Influencia de la intervención del programa de rehabilitación funcional vía online en las ABVD, subir y bajar escaleras.



Análisis: En el total de la muestra (35 adultos mayores), el ítem de subir y bajar escaleras, muestra que en la evaluación inicial el 20,0% (7) en independencia completa, seguida del 34,3% (12) con independencia modificada; en el grado de dependencia modificada se distribuyó un 17,1% (6) que requiere supervisión y el 28,6% (10) requiere asistencia mínima. En la evaluación final posterior a la intervención del programa vía online, se evidenció que el 28,6% se situó en independencia completa, el 40,0% (14) con independencia modificada; seguido de un grado de funcionalidad que requirió dependencia moderada, distribuido en 11,4% (4) con supervisión y 20,0% (7) con asistencia mínima.

Tabla 16. Actividades de la Vida Diaria que mejoraron su ejecución

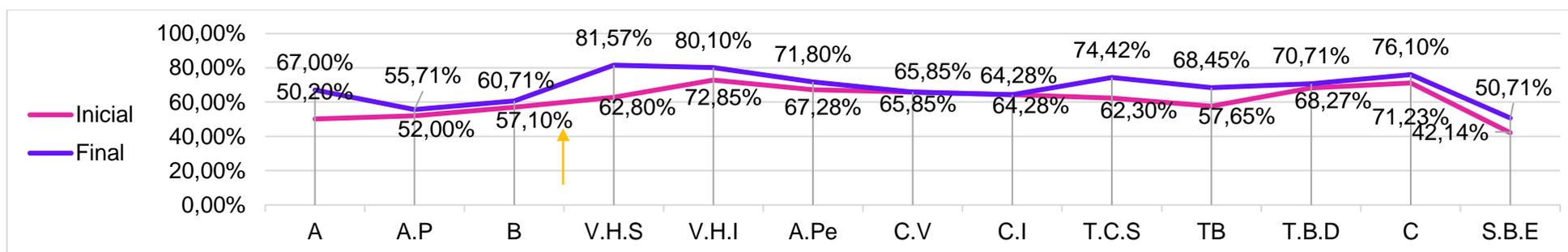
Evaluación	Pt. Máxima	pct.	A	A.P	B	V.H.S	V.H.I	A.Pe	C.V	C.I	T.C.S	TB	T.B.D	C	S.B.E
Inicial	7	100%	50,20%	52,00%	57,10%	62,80%	72,85%	67,28%	67,85%	64,28%	62,30%	57,65%	68,27%	71,23%	42,14%
Final	7	100%	67,00%	55,71%	60,71%	81,57%	80,10%	71,80%	68,91%	67,38%	74,42%	68,45%	70,71%	76,10%	50,71%

Nota: A: Alimentación; A. P: Arreglo Personal; B: Baño; V.H. S: Vestido Hemicuerpo Superior; V.H. I: Vestido Hemicuerpo Inferior; A.Pe: Aseo Perineal; C.V: Control de la Vejiga; C.I: Control del Intestino; T.C.S: Traslado de la Cama a la Silla; T.B: Traslado en Baño; T.B.D: Traslado en Bañera o Ducha; C: Caminar; S.B.E: Subir y Bajar Gradas

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Gráfico 16. Actividades de la Vida Diaria que mejoraron su ejecución



Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Análisis: La mayoría de actividades de la vida diaria básicas han mejorado su ejecución, excepto el control de la vejiga y del intestino, pues mantuvieron su puntuación y no sufrieron ninguna alteración. En cambio, la AVDB que mejoró su ejecución más que las otras como se muestran en el gráfico y resaltada a través de una flecha fue el vestido del hemicuerpo superior, con un aumento del 18,77%. La actividad de la vida diaria básica más afectada en los adultos mayores como el gráfico lo indica es subir y bajar las gradas, con un porcentaje inicial de 42,14%.

3.4.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

3.4.3.1 Criterios de Inclusión

- ✓ Adultos Mayores usuarios del Centro gerontológico NOVAVIDA
- ✓ Adultos mayores con edades comprendidas entre 65 y 80 años
- ✓ Adultos mayores que presenten deterioro funcional
- ✓ Adultos mayores que accedan a las sesiones vía online del Centro NOVAVIDA

3.4.3.2 Criterios de Exclusión

- ✓ Adultos mayores externos al Centro gerontológico NOVAVIDA
- ✓ Personas menores de 65 años
- ✓ Adultos mayores con dependencia en todas sus funciones

3.5 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizarán procedimientos y técnicas para obtener información más precisa de acuerdo al problema planteado, las técnicas utilizadas conducen a obtener información relevante del desempeño óptimo del adulto mayor según las variables previamente operacionalizadas. El instrumento que se utilizara para la recolección de datos fue la escala de Medida de Independencia Funcional.

La Medida de independencia Funcional presenta tres características importantes como es: validez, pues miden concretamente los datos que el problema planteado requiere; factibilidad, ya que cada instrumento presenta las características necesarias para interpretar los datos que se quieren obtener y finalmente, confiabilidad en los datos que se obtendrán de los indicadores en consenso con las variables.

La escala se basa en 7 niveles para establecer la actuación funcional, clasificando en 3 grados como son:

Sin ayuda: 7 con independencia completa, 6 con independencia y cierta limitación.

Dependencia Modificada: 5 supervisión, 4 asistencia mínima comprendiendo el desarrollo del 75% del esfuerzo necesario, 3 asistencia moderado si presenta más del 50% de independencia.

Dependencia Completa: presenta 2 asistencia máxima si existe más del 25% de independencia y 1 asistencia tota si hay menos del 25% de independencia.

3.6 PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos de los adultos mayores del centro NOVAVIDA serán recolectados por vía online, cuya información se registran en las escalas según las variables a estudiar. Se tabulará la información de forma sistemática y formando una base de datos utilizando la hoja de cálculo de Excel; el análisis se representa mediante la utilización de tablas y gráficos, expresando los datos en frecuencia absoluta y porcentajes manifestando los resultados obtenidos.

3.7 VIABILIDAD

El estudio tiene la finalidad de retroalimentar las capacidades funcionales de adultos mayores mediante actividades de estimulación integral en usuarios de 65-80 años de edad con deterioro funcional pertenecientes al centro gerontológico NOVAVIDA, mediante la modalidad online en el periodo comprendido desde agosto 2020-octubre 2020. Es viable porque se cuenta con la participación de los usuarios pertenecientes al centro gerontológico. Es importante y trascendente la participación de terapia ocupacional mediante la potenciación de las capacidades funcionales por vía online, para evitar el progreso del deterioro funcional en el adulto mayor por la inactividad que ocasiona el aislamiento social actual del país.

3.8 RECURSON HUMANOS Y FÍSICOS

3.8.1 Recursos Humanos

Autores: María José Medina Correa y Alcira Dayanara Espinoza Vera

Tutor: DR. Manuel Marcos Borbor González

Directora de NOVAVIDA: Belén Bonnard

3.8.2 Recursos Físicos

- ✓ Bibliografía actualizada
- ✓ Laptop
- ✓ Bolígrafos

3.9 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

El presente trabajo de investigación cumple con los protocolos y aspectos éticos relacionados a la bioética médica. Los adultos mayores del centro gerontológico no pueden asistir de forma presencial y por ende acceder a los servicios ofrecidos en la actualidad, esto hace evidente la necesidad de intervenir por parte de terapia ocupacional mediante el uso de medios electrónicos, con el objetivo de promover la autonomía y evitar el deterioro. Es así que, los adultos mayores que participan en el estudio cuentan con la confidencialidad en el desarrollo del estudio, brindando respeto y justicia sin ocasionar algún daño en ellos.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En base a los resultados del estudio vía realizado en adultos mayores del Centro Gerontológico NOVAVIDA, se determinó que el sexo femenino predominó con 65,7%, siendo el grupo etario más prevalente de 71 a 75 años con 42,9% y teniendo como patologías de base a la Artritis y el Deterioro cognitivo en un 28,6%. Se realizó una evaluación inicial con la escala de medida de Independencia Funcional en la muestra de estudio seguido de la implementación del programa de rehabilitación funcional vía online, finalizando con la valoración del mismo.

Al observar el gráfico y los porcentajes tanto de la valoración inicial como de la final, tenemos como resultado que el ítem de alimentación pasó de un 50,20% a 67,00%, aumentando un 16,80%. Añamise (38) realizó un estudio en el Centro Diurno de adultos mayores. FUNSEM el 2019, en el cual implemento un plan de intervención desde terapia ocupacional para fortalecer la funcionalidad de su muestra (20), identificando que concuerda con nuestro estudio en relación al sexo más frecuente, evidenciando mayor porcentaje del femenino con 70%, mientras que en el grupo etario resaltaron los adultos mayores desde el 65 a 75 años con 50%. El autor valoró la muestra con la escala F.M.I al igual que nuestro estudio, identificando en su estudio que la alimentación aumentó un 4,29%, pues pasó de 55,71% a 60%.

El arreglo personal en nuestro estudio pasó de 52,00% a 55,71% con mejora del 3,71%; el baño de un 57,10% pasó a 60,71% con un aumento de porcentaje del 3,61%; el ítem de vestido de hemicuerpo superior de 62,80% a 81,57%, marcando una diferencia de 18,77%; el vestido de hemicuerpo inferior pasó de un 72,85% a 80,10% con un aumento de 7,25%; en aseo perineal del 67,28% a un 71,80%, observando un aumento de un 4,52%. De igual forma, en el estudio antes mencionado el arreglo personal pasó de 55% a 70%, el baño de 49% a 70%, vestido de miembro superior de 55% a 72%, el hemicuerpo inferior de 45 a 60% y el aseo perineal de 64% a 69%; el incremento en el mismo orden fue de 15,71%, 21,43%, 17,85%, 15% y 5% respectivamente (38).

En el control de la vejiga se mantuvieron los valores tanto la evaluación inicial con 64,28% como en la final con el mismo porcentaje, en el control del intestino la valoración inicial fue de 64,28% evidenciándose en el mismo porcentaje en el final. En el estudio de Añamise, el control de vejiga pasó de 55% a 64% con un aumento del 9%; mientras que en el control de intestino pasó de 69% a 71% con incremento del 2%; diferenciándose de nuestro estudio, pues los valores se mantuvieron.

Al hablar de traslado de cama a silla, el porcentaje inicial de 62,30% aumenta a 74,42% con una mejora de 12,12%; el traslado al baño aumentó de 57,65% a 68,45% incrementando 10,80% mientras que el traslado en bañera inicial fue de 68,27% pasando a un porcentaje final de 70,71%, con un aumento de 2,44%.

El ítem de caminar obtiene un porcentaje inicial de 71,23% pasando a uno final de 76,10% con un aumento de 4,87% y, el subir y bajar escaleras, de un 42,14 a 50,71 con aumento de porcentaje de 8,57%. Partiendo desde el estudio en mención, se pudo precisar que el traslado de cama a silla pasó de 55% a 73%, baño a 47% a 68%, traslado en bañera de 46% a 57%, caminar de 52% a 67% y subir y bajar escalera de 38% a 340% (38).

Preciado (39) en su estudio realizado en Perú el 2018 con una muestra de 43 adultos mayores de 60 años en adelante, los mismo que fueron evaluados por la escala de independencia funcional F.M.I, evidenciando que el 79% evidenció un nivel de independencia completa en la alimentación, 75% de independencia en el aseo menor, baño 70%, vestido de parte superior de 62%, vestido de parte inferior 72%, aseo perineal 63%, control vesical, inodoro y traslado cama a silla en 70%; marcha, silla de ruedas en 68%, y con menor funcionalidad en subir y bajar escaleras con 41%.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1 TÍTULO DEL PROGRAMA

PROGRAMA DE ACTIVIDADES FUNCIONALES PARA ADULTOS MAYORES

5.2 OBJETIVOS

5.2.1 Objetivo General

Diseñar un programa de rehabilitación funcional vía online para el mejoramiento funcional del adulto mayor en actividades básicas de la vida diaria.

5.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Evaluación inicial de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores del centro gerontológico NOVAVIDA mediante la escala F.M.I
- ✓ Aplicación del programa de actividades funcionales mediante vía online en usuarios pertenecientes al centro gerontológico NOVAVIDA
- ✓ Evaluación final de ABVD e identificación de beneficios de la implementación del Programa rehabilitación funcional vía online.

5.3 DATOS INFORMATIVOS

Institución	Participantes	Lugar	Fecha	Hora
Centro Gerontológico NOVAVIDA	35 Adultos mayores entre varones y mujeres	Vía online- desde hogar de participantes	Agosto 2020- octubre 2020	14:00 a 16:00

5.4 CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES			
TIPO DE ACTIVIDADES	Objetivo	ACTIVIDAD	DURACIÓN
ACTIVIDADES MOTORAS	Mantener y/o mejorar habilidades motrices básicas, atención, concentración, tolerancia a la actividad.	Control postural, Capacidad para estimar distancias, mantener el equilibrio, caminar en línea recta, el desarrollo de la memoria muscular y apreciar y ejecutar giros de diferente magnitud.	3 meses Miércoles y viernes 14:00 a 16:00
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	Mejorar y potenciar la independencia y autonomía del usuario, tanto en su entorno familiar como en su entorno social.	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Arreglo personal - Baño - Vestido de hemicuerpo superior - Vestido de Hemicuerpo inferior - Aseo perineal - Control de vejiga - Control de intestino - Traslado de cama a silla y en baño - Caminar - Subir escaleras 	3 meses Miércoles y viernes 14:00 a 16:30

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

5.5 DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Actividades	Objetivos	Desarrollo	Duración	Recursos
TALLER DE EQUILIBRIO	Mejorar el equilibrio al sentarse y ponerse de pie.	Desde la posición de sentados pararse y caminar 6 pasos, regresar y sentarse. En sedestación con una pelota u otro objeto disponible levantarla por encima de los hombros y descenderlo por debajo de las rodillas.	40 min	Dispositivo electrónico Silla
TALLER DE ABVD Vestido y desvestido	Mejorar la percepción y memoria	Poner la prenda: <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer partes de la prenda - Colocar la prenda de manera que la parte posterior quede a la vista - Introducir las manos hasta las mangas y sacarlas - Introducir la cabeza y recolocar la prenda. Quitar la prenda: <ul style="list-style-type: none"> - Coger el cuello de la prenda por la parte posterior y tirar hasta que salga primero la cabeza y después los brazos. 	40 min	Dispositivo electrónico Camiseta Camisa Silla

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Actividades	Objetivos	Desarrollo	Duración	Recursos
TALLER MOTRIZ	Mantener y/o mejorar motricidad gruesa	<p>En sedestación, trasladar una botella de plástico vacía desde el lado izquierdo al derecho y viceversa, alternando las manos y elevando por encima de los hombros el objeto. (10 repeticiones)</p> <p>Realizar la misma actividad aumentando un objeto con un poco más de peso.</p>	40 min	<p>Dispositivo electrónico</p> <p>Botella de plástico</p> <p>silla</p>
TALLER DE ABVD Actividades de alimentación	Fortalecer y mostrar independencia personal en la alimentación	<p>Plato de frutas:</p> <p>Vaso: cogerlo, llevarlo a la boca, beber y dejarlo sobre la mesa.</p> <p>Tenedor: cogerlo por la parte inferior del mango con los dedos pulgar, índice y medio, pinchar el alimento, llevarlo a la boca, bajar el tenedor hacia el plato y volverlo a llenar.</p> <p>Servilleta: mantenerla cerca del plato, durante la comida cogerla y realizar movimientos laterales sobre los labios, dejarla encima de la mesa.</p>	40 min	<p>Dispositivo electrónico</p> <p>Futas</p> <p>Cubiertos</p> <p>Platos</p> <p>Servilletas</p>

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores
Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Actividades	Objetivos	Desarrollo	Duración	Recursos
TALLER MOTRIZ Introducir objetos en una botella	Mantener y/o mejorar motricidad gruesa	Reciclar 5 botellas de plástico de diferentes tamaños, limpias y que estén bien cerradas, posteriormente con una sola mano se procederá a abrir cada botella con una sola mano. Realizar dos repeticiones con cada mano abriendo y cerrando cada botella de acuerdo a las capacidades de cada participante.	40 min	Dispositivo electrónico Botellas de plásticos
TALLER DE ABVD ASEO	Mejorar habilidades manipulativas básicas y coordinación visomotora por medio de ABVD, aseo.	<p>Describir las actividades de Aseo a los participantes</p> <p>Cara: abrir el grifo, regular la temperatura, lavar mejillas, barbilla, boca, nariz, ojos y frente, cerrar el grifo, coger toalla, secar partes anteriormente nombradas con suavidad y colgar en el toallero.</p> <p>Manos: abrir el grifo, regular la temperatura, mojar las manos, enjabonar, frotar, aclarar, cerrar el grifo, coger la toalla, secar las manos con suavidad y colocar la toalla.</p> <p>Ducha completa: abrir el grifo, regular la temperatura, enjabonar la esponja, frotar (cuello, orejas, pecho, axilas, brazos, manos, hombros, espalda, genitales, nalgas, piernas y pies), enjuagar, coger la toalla, secar partes anteriormente nombradas, echar colonia y guardar todos los utensilios.</p>	40 min	Dispositivo electrónico

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Actividades	Objetivos	Desarrollo	Duración	Recursos
TALLER MOTRIZ	Control postural en sedestación	Se le explica al participante que en sedestación escriba su nombre en el aire utilizando primero el brazo derecho. Una vez que lo hayan escrito todos, vuelven a escribirlo en el aire, pero ahora con el brazo izquierdo. Para finalizar, repiten la acción pero utilizando ambos brazos al mismo tiempo.	40 min	sillas Dispositivo electrónico
TALLER DE ABVD Vestido de miembro inferior	Mejorar la percepción y memoria	<p>Ropa íntima y pantalones (misma pauta): reconocer partes de la prenda, coger la prenda por la parte superior e introducir primero una pierna y luego la otra por los agujeros correspondientes.</p> <p>Calcetines: reconocer las partes de la prenda e introducir el pie de manera que la costura quede alineada a los dedos.</p> <p>Zapatos</p> <p>Poner: sentado, colocar el pie sobre la pierna contraria. Coger el zapato. Sujetar la lengüeta y el contrafuerte con las distintas manos. Empujar el talón del zapato y tirar del contrafuerte.</p> <p>Quitar: sentado, colocar el pie sobre la pierna contraria. Coger el zapato por el talón y tirar.</p>	40 min	Sillas Dispositivo electrónico Zapatos Pantalón

Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

CONCLUSIONES

Con el envejecimiento la funcionalidad del adulto mayor se ve afectada en las actividades básicas de la vida diaria, acentuándose cuando un individuo pasa a ser adulto mayor. Finalmente, el estudio concluye:

- Se evaluaron todas las actividades básicas de la vida diaria evidenciando que la más afectada en la muestra de estudio intervenida fue la de subir y bajar escaleras, basándose en los resultados obtenidos en la evaluación inicial tomadas mediante la escala F.M.I y en base solo al dominio motor refleja una frecuencia de 42,14% en el nivel de funcionalidad en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria; seguida del arreglo personal con un 52,00% en su nivel de funcionalidad situándose como la segunda ABVD deteriorada.
- A través del análisis de datos obtenidos en esta investigación, concluimos que el programa de rehabilitación funcional vía online aplicada en adultos mayores del Centro NOVAVIDA impacto de forma positiva, pues ayudó a mejorar la ejecución de la gran parte de las ABVD y por tanto incrementando el nivel de funcionalidad según el F.M.I.
- A pesar del beneficio obtenido en la mayoría de las ABVD, no se tuvo ninguna respuesta sobre el control de vejiga y de intestino, pues la intervención vía online no permitió de actuar de manera más precisa en dichas actividades en particular.
- Se determinó que el estudio refleja mejoría en la ejecución de la mayoría de las ABVD, específicamente en el vestido de hemicuerpo superior, actividad que pasó de 62,80% a 80,10% con aumento de 18,77%, estableciendo un significativo avance posterior a la intervención del programa vía online. La ABVD que se presentó con más deterioro y que presentó mejoría en su ejecución fue el subir y bajar escaleras con un logro de 8,58%.

RECOMENDACIONES

Finalmente se recomienda:

- Al establecer los resultados y beneficios mediante la aplicación de un programa de rehabilitación funcional mediante vía online, se recomienda su utilización y ampliación en adultos mayores que por alguna situación no puedan asistir a un centro gerontológico evitando el progreso del deterioro.
- Se recomienda la realización de un programa básico de capacitación dirigido a cuidadores, voluntarios o familiares para la adquisición actitudes y aptitudes en base a la rehabilitación online, sobre todo en las ABVD en que el adulto mayor presente mayor dificultad y dependencia, fomentando la autonomía y bienestar de los mismos.
- Es recomendable utilizar como método de evaluación a la Medida de la Independencia Funcional F.M. I. para hacer seguimiento y establecer la evolución del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez L. El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. Rev. Papeles de Población. 2015 enero-marzo; 5(19).
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. OMS. 2018 febrero.
3. Organización Panamericana de Salud. OPS. [Online].; 2015 [cited 2020 Septiembre 7. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es.
4. Machado J. Ecuador tendrá 1,3 millones de adultos mayores a finales de 2020. Primicias. 2019 Noviembre: p. 2.
5. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación funcional del Adulto Mayor. In OPS. Módulo de valoración clínica.; 2015. p. 16.
6. Alvarado A, Salazar A. Análisis del concepto envejecimiento. Gerokomos. 2014; 25(2): p. 57-62.
7. Guachizaca J. Dspace.UCE. [Online].; 2018 [cited 2020 septiembre 6. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15466/1/T-UCE-0020-CDI-008.pdf>.
8. Chávez J. Repositorio ULEAM. [Online].; 2018 [cited 2020 Septiembre 7. Available from: <https://repositorio.uleam.edu.ec/bitstream/123456789/1902/1/ULEAM-TO-0031.pdf>.
9. Bravo D, Pérez K. Repositorio.ug.edu. [Online].; 2017 [cited 2020 Septiembre 7. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/37126/1/CD-057-BRAVO%20%20SORIA-PEREZ%20SALGUERO.pdf>.

10. Carpio S, Suarez A, Almanza M, Gómez L, Quintero M. CARACTERIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA ABVD EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS. Rev. salud mov. 2015; 4(1): p. 4-18.
11. Ribera J. Envejecimiento. Barcelona: Universidad de Barcelona, instituto de Investigaciones Biomédicas; 2018. Report No.: 1.
12. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud. Estados Unidos: OMS, Servicios de Salud para Ancianos; 2015.
13. Navaratnarajah A. Fisiología del envejecimiento. Elsevier Ltd. 2015 Mayo; 41(1).
14. Ministerio de Salud de Chile. Manual de Geriatria para Médicos. Manual. Santiago de Chile: Subsecretaría de Salud Pública, Departamento Ciclo Vital; 2019.
15. Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito. Educación Juridica. [Online].; 2008 [cited 2020 septiembre 3. Available from:
<https://proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/globales/CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR CRE 439.pdf>.
16. Hernández M. Universitas Miguel Hernández. [Online].; 2015 [cited 2020 septiembre 7. Available from:
<http://mastergerontologia.edu.umh.es/2015/05/12/diferencias-entre-gerontologia-y-geriatria/>.
17. Fernández E, Padilla P, Díaz C. Gerontología en la formación del siglo XXI. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. 2019; 12(3): p. 131-134.
18. Montaña M. Fragilidad y otros síndromes geriátricos. Medigraphic. 2015; 5(2): p. 66-78.

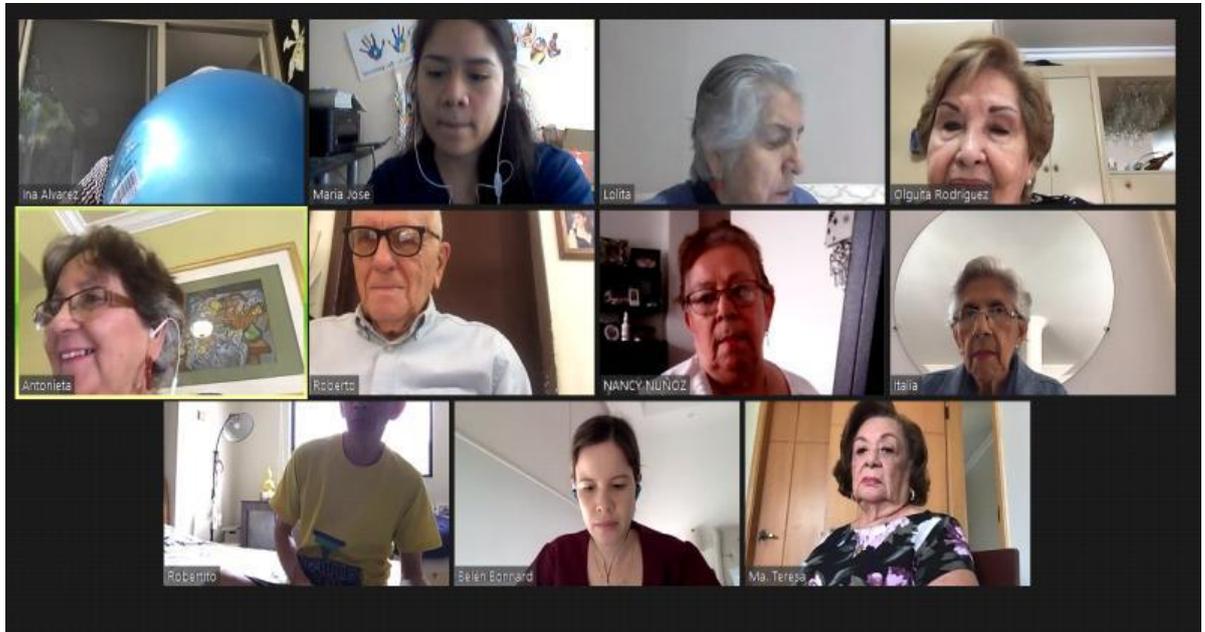
19. Arranz L, Giménez L, De Castro N, Baeza I, De la Fuente M. El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016.
20. Sanz A. El impacto del aislamiento en mayores con deterioro cognitivo. *Geriatricare*. 2020 abril; 1(2).
21. Instituto Mexicano del Seguro Social. Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. Guía de Referencia Rápida. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas; 2017.
22. Martínez H, Mitchell M, Aguirre C. Salud del Adulto Mayor-Gerontología y Geriatría. In ; 2018; Argentina. p. 19.
23. Guía de Referencia Rápida de México. Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. Guía Práctica Clínica. México: Gobierno Federal, IMSS; 2017.
24. Trigás M. Escala de Lawton y Brody. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Escala. , Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña; 2017.
25. Barrios M, Rodríguez L, Pachón C, Medina B, Sierra J. Telerehabilitación funcional en entornos virtuales interactivos como propuesta de rehabilitación en pacientes con discapacidad. *Rev. espacios*. 2019; 40(25).
26. Massetti T, Dias T, Cardoso D, Pinheiro S, Hervaldo A, Meire F, et al. Motor learning through virtual reality in cerebral palsy – a literature review. *Rev. MEDICALEXPRESS*. 2014; 1(6): p. 302-306.
27. Khalifa A. Tele-Rehabilitation Games on the Cloud: A Survey and a Vision. *American Journal of Computer Science and Engineering Survey*. 2015; 3(2).

28. Orozco W, Solarte J. Repositorio de USC. [Online].; 2019 [cited 2020 Septiembre 15. Available from: <https://repository.usc.edu.co/bitstream/20.500.12421/220/1/CARACTER%20DE%20LOS%20PROCESOS.pdf>.
29. Instituto de Rehabilitación Funcional. LASALLE IRF. [Online].; 2020 [cited 2020 Septiembre 14. Available from: <https://www.irflasalle.es/tele-rehabilitacion-en-terapia-ocupacional/>.
30. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile A.G. FUNDAMENTOS Y RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA DE TELESALUD EN TERAPIA OCUPACIONAL. Rev. ColtoChile. 2014; 1(2).
31. Velasco A, Fernández E. Eficacia del uso de la telerehabilitación en Terapia Ocupacional en daño neurológico: Revisión Sistemática. TOG (A Coruña). 2020 Mayo; 17(1).
32. Fairley M. The new Taleo Ready for everyday life. [Online].; 2016 [cited 2020 septiembre 14. Available from: https://opedge.com/Articles/ViewArticle/2016-04-25/2016-05_01?spanish=True.
33. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Terapia Ocupacional en Geriátría. [Online].; 2016 [cited 2020 septiembre 15. Available from: <https://www.segg.es/ciudadania/2016/07/07/terapia-ocupacional-en-geriatria>.
34. Vargas V. Beneficios de la terapia ocupacional para mayores. [Online].; 2019 [cited 2020 septiembre 15. Available from: <https://www.cuidum.com/blog/beneficios-de-la-terapia-ocupacional-para-mayores/>.
35. Grupo Casaverde. Terapia ocupacional en Geriátría. [Online].; 2017 [cited 2020 septiembre 15. Available from: <https://www.grupocasaverde.com/2017/05/23/terapia-ocupacional-en-geriatria-la-importancia-de-lo-cotidiano/>.

36. Koelhofner G. Amaranto Terapia Ocupacional. [Online].; 2016 [cited 2020 Septiembre 15. Available from: <https://amarantoterapiaocupacional.com/2016/10/24/gary-kielhofner-toda-ocupacion-humana-procede-de-una-tendencia-espontanea-innata-del-sistema-humano/>].
37. Hidalgo C. MODELO DE ATENCION CENTRADA EN LA PERSONA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRIA. [Online].; 2020 [cited 2020 septiembre 17. Available from: <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-16/modelo-de-atencion-centrada-en-la-persona-desde-terapia-ocupacional-en-geriatria/>].
38. Añamise D. Repositorio de UCE. [Online].; 2019 [cited 2020 octubre 1. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/19826>].
39. Preciado J. Repositorio UNMSAM. [Online].; 2018 [cited 2020 octubre 1. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/323347758.pdf>].

ANEXOS

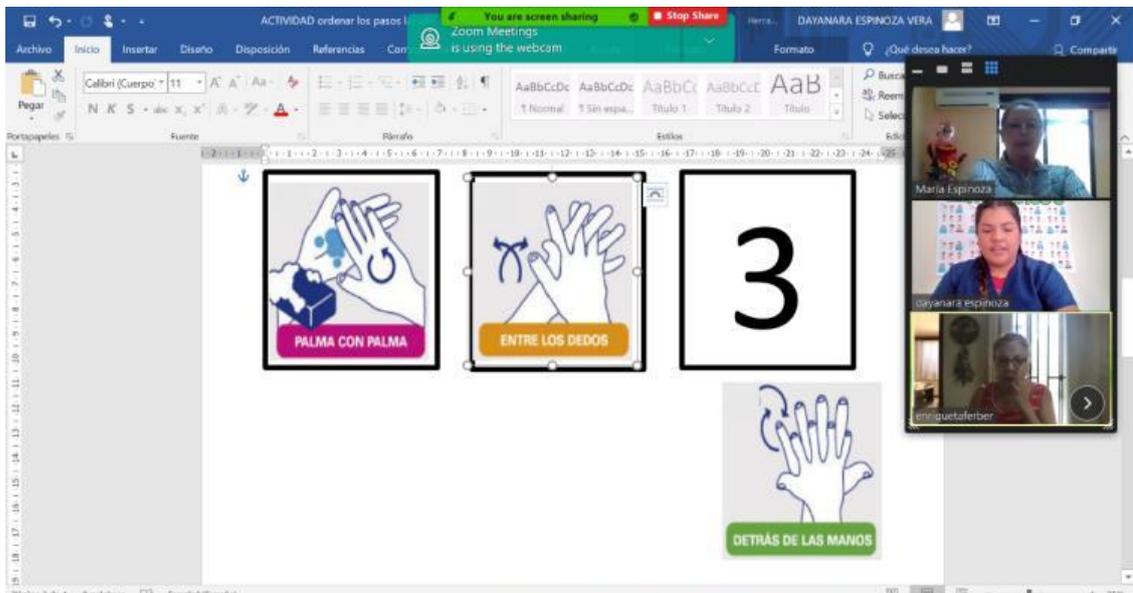
ANEXO 1. adultos mayores usuarios del centro gerontológico NOVAVIDA



Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Anexo 2. Actividades de aseo personal



Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

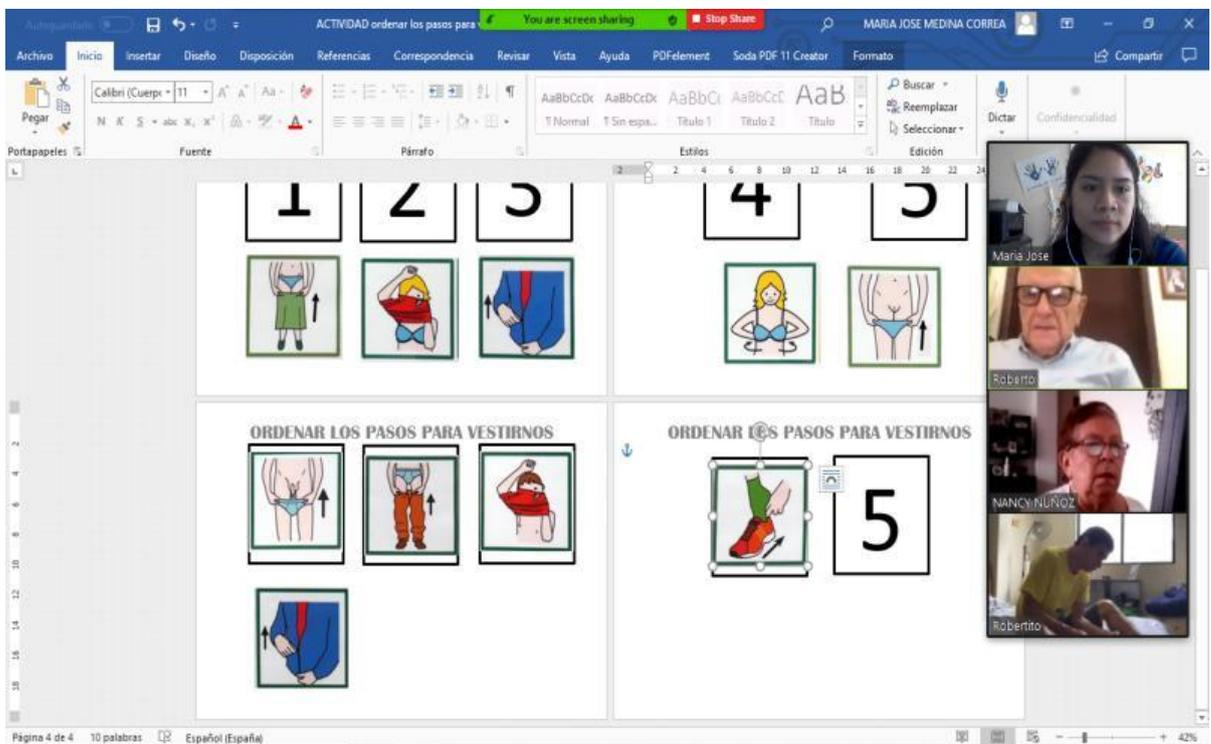
Anexo 3. Actividades de entrenamiento de alimentación



Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

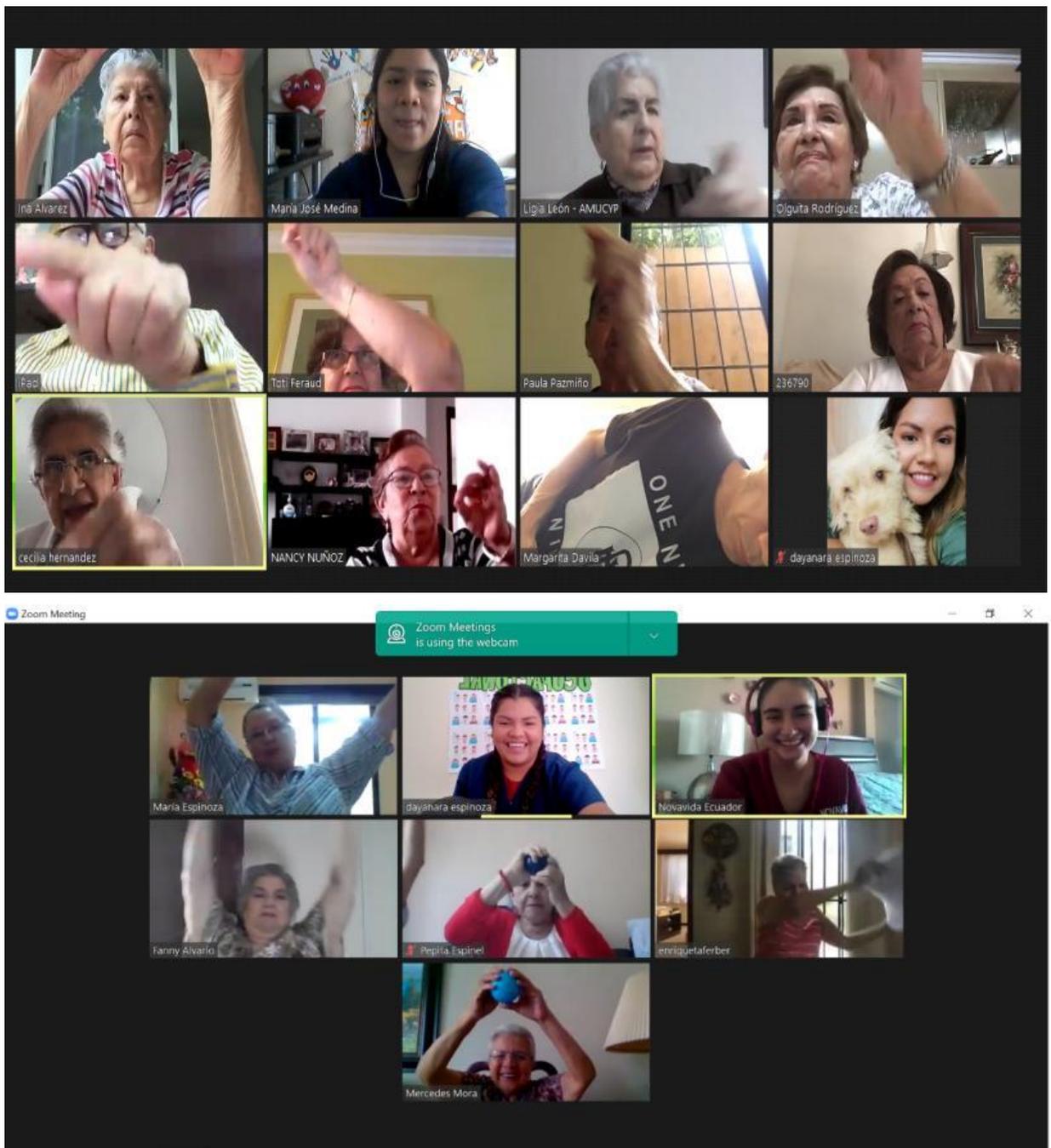
Anexo 4. Actividades de vestido del Hemicuerpo Superior e inferior



Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

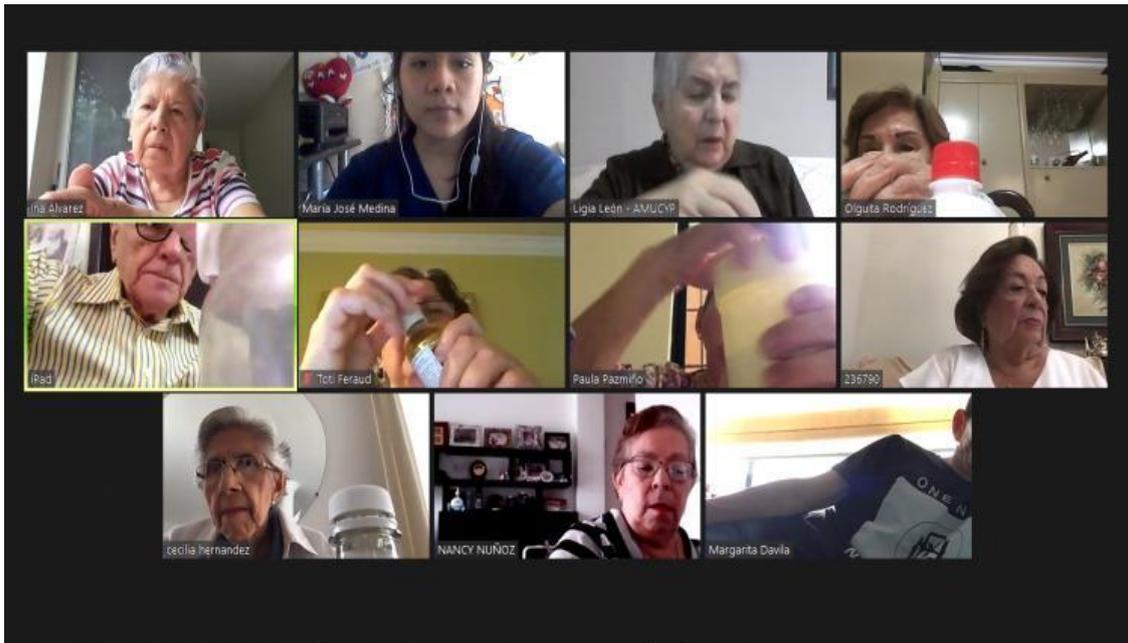
Anexo 5. Actividades de movilidad articular



Fuente: Centro Novavida para adultos mayores

Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Anexo 6. Actividades de fuerza motriz



Fuente: Centro Novavida para adultos mayores
Elaborado por: María José Medina y Alcira Dayanara Espinoza

Anexo 7.Solicitud de aprobación del lugar de practica



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL



Guayaquil, 24 de Agosto de 2020.

Psi. Cl.
Belén Bonnard
Directora NOVAVIDA
En su despacho. -

Quien suscribe este documento en calidad de Directora (e) de la Carrera de Terapia Ocupacional, Certifico que el tema, **“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL VÍA ONLINE PARA ADULTOS MAYORES”** propuesto por los estudiantes ESPINOZA VERA ALCIRA DAYANARA con C.I: 0952189512 y MEDINA CORREA MARÍA JOSÉ con C.I: 2450585589, se encuentra APROBADO y a su vez solicito a usted que se permita el ingreso a la Institución para desarrollar su TRABAJO DE TITULACIÓN, el cual se realizará en el Centro recreativo para adultos mayores NOVAVIDA, desde agosto de 2020 hasta octubre de 2020, los días miércoles y viernes de 15:30 a 17:30 pm, esperando que sean facilitados los datos estadísticos necesarios que darán sustento al mismo.

Tengo a bien informar que el tutor de tesis de los estudiantes es el Dr. Manuel Marco Borbor Gonzales

Por la acogida que se dé a la presente, quedo de usted agradecida.

Atentamente.



Nombre de la institución:
INGRID ESMERALDA
GURUMENDI ESPAÑA

Ingrid Gurumendi España

Directora (e) de la carrera de Terapia Ocupacional

Belén Bonnard



