

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS
FACULTAD DE ENFERMERIA**



TEMA:

**“APLICACIÓN DEL TALLER DE REHABILITACION
RELACIONADO CON LA PREVENCIÓN DE LA INCAPACIDAD
FISICA DEL ADULTO MAYOR, ASENTAMIENTO HUMANO
SEÑOR DE LOS MILAGROS CHINCHA - 2016”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

PEÑA ARIAS CINTHIA LEONOR

LIMA – PERÚ

2016

A mi madre por su esfuerzo que hace día a día para darme lo mejor.

A mi hermano por su interés y preocupación.

A mi hijo que es mi mayor motivación para seguir adelante.

A dios que siempre está conmigo y me da fuerzas para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A la universidad INCA GARCILASO DE LA VEGA por haberme aceptado ser parte de ella y abrirme las puertas de la casa de estudio y formarme como profesional, así también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Quisiera expresar mi agradecimiento a los docentes de la Facultad de enfermería por sus enseñanzas impartidas en mí y en particular a mi asesora la Dr. Rosa Tasayco Ramos por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de estos años, con la que me encuentro en deuda por el ánimo infundido y la confianza en mí depositada.

Un agradecimiento muy especial a las autoridades del Asentamiento Humano Señor de los Milagros y a sus pobladores por su colaboración para la realización de este presente trabajo.

INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la Realidad Problemática	10
1.2.- Definición del Problema	13
1.3.- Objetivos de la Investigación	14
1.4.- Finalidad e Importancia	15

CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.- Bases Teóricas	16
2.2.- Estudios Previos	29
2.3.- Marco Conceptual o Definición de Términos Básicos.....	37

CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1.- Formulación de Hipótesis	40
3.1.1.- Hipótesis General	40
3.1.2.- Hipótesis Específicas.....	40
3.2.- Identificación de Variables	41
3.2.1.- Clasificación de Variables.....	41
3.2.2.- Definición Constitutiva de Variables	41
3.2.3.- Definición Operacional de Variables	41

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1.- Tipo y Nivel de Investigación	43
4.2.- Descripción del Método y Diseño	43
4.3.- Población, Muestra y Muestreo	44
4.4.- Consideraciones Éticas	46

CAPÍTULO V TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

DE DATOS

5.1.- Técnicas e Instrumentos.....	48
5.2.- Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de datos.....	48

CAPÍTULO VI RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.-Presentación, Análisis e Interpretación de Datos	50
6.2.-Conclusiones	60
6.3.-Recomendaciones	60

BIBLIOGRAFÍA.....	62
--------------------------	-----------

ANEXOS.....	71
--------------------	-----------

RESUMEN

Título: aplicación del taller de rehabilitación relacionado con la prevención de la incapacidad física del adulto mayor, asentamiento humano señor de los milagros chincha-2016. Se caracteriza por el aprendizaje impartido y el trabajo en equipo, es trascendental para la recuperación y mantenimiento de la capacidad funcional en el adulto mayor; **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016; **Método y diseño:** es esencialmente empírico positivista, se utilizará el procedimiento hipotético-deductivo. Se utilizará un diseño Correlacional, dadas las características de la investigación, ya que sólo se pretende observar el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, sin manipulación de las variables por la investigadora; **Resultados:** sexo y las edades de los encuestados los habitantes de la comunidad de edades entre 60-65 años 4 de sexo femenino y 3 de sexo masculino, entre las edades de 66 – 71 años de edad 17 son de sexo femenino y 7 son de sexo masculino, entre las edades de 72 – 77 años de edad 9 son de sexo femenino y 4 de sexo masculino, entre las edades 78-83 años de edad 4 solo son de sexo femenino y 5 de sexo masculino, en total 34 son mujeres y 19 varones; **Conclusiones:** La aplicación del taller de rehabilitación sobre la prevención de la incapacidad física ha sido efectiva logrando una mayor capacidad tanto física como intelectual en el adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros; **Recomendaciones:** Promover la importancia de la aplicación del taller de rehabilitación en la prevención de la incapacidad física, educando y fortaleciendo el conocimiento, tomando en cuenta las costumbres de la población y concientizándola sobre lo fundamental que es esta etapa y adoptar conductas favorables para la salud.

Palabras claves: rehabilitación, prevención, incapacidad física, adulto mayor

ABSTRACT

The present research work is the application of the rehabilitation workshop related to the prevention of the physical incapacity of the elderly, human settlement lord of miracles chincha-2016. Is characterized by the imparted learning and the team work, is important for the recovery and maintenance of functional capacity in the elderly; Objective: To determine the relationship between the application of the rehabilitation workshop and the prevention of the physical incapacity of the adult older than 65 to 80 years of age from the first stage of the Human Settlement Lord of the Miracles Chincha_2016; Method and design: it is essentially empirical positivist, the hypothetico-deductive procedure will be used. It will be used a Correlational design, given the characteristics of the research, since it is only intended to observe the phenomenon as it occurs in its natural context, without manipulation of the variables by the researcher; Results: sex and ages of respondents community dwellers aged 60-65 years 4 female and 3 male, between the ages of 66 - 71 years of age 17 are female and 7 are from Male, between the ages of 72 - 77 years old 9 are female and 4 male, between the ages 78-83 years old 4 are only female and 5 are male, in total 34 are female And 19 males; Conclusions: The application of the rehabilitation workshop on the prevention of physical incapacity has been effective in achieving a greater physical and intellectual capacity in the adult older than 65 to 80 years of age of the first stage of the Human Settlement, Señor de los Milagros; Recommendations: Promote the importance of the implementation of the rehabilitation workshop in the prevention of physical incapacity, educating and strengthening knowledge, taking into account the habits of the population and raising awareness about the fundamental that is this stage and adopt behaviors favorable to health

Keywords: rehabilitation, prevention, physical disability, older adult

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación pretende aprovechar las capacidades residuales y anular secuelas invalidantes con la finalidad de conseguir la mayor independencia e integración del anciano a su medio socio familiar. Según la INEI, La población de 65 y más años es la más afectada por la discapacidad (47,0%), especialmente en la sierra (52,2%) y en el área rural (51,6%). El programa Pensión 65, entre los hogares donde viven personas de 65 y más años de edad, beneficia en mayor proporción a los hogares con algún miembro con discapacidad del área rural (62,7%) y de la sierra (54,7%). El programa JUNTOS tiene una mayor cobertura en los hogares de personas sin discapacidad, especialmente en el área rural con 34,3% y la sierra con 24,6%.

La Enfermería en América Latina, contribuyen a resolver los problemas de salud de población, los profesionales de enfermería están enfrentados a desarrollar estrategias teórico- prácticas para comprender e intervenir problemas de la salud en general en los campos de promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el apoyo emocional en el proceso de rehabilitación y de muerte.

El estudio tiene por objetivo Determinar la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física del adulto mayor de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.

Los resultados permitirán implementar estrategias acertadas y adecuadas del taller de rehabilitación, establecer un programa de capacitación sobre la incapacidad física del adulto mayor que permita fortalecer tanto los conocimientos como su práctica cotidiana de los pobladores del asentamiento humano Señor de los Milagros Pueblo Nuevo, Chincha.

Además, los resultados obtenidos se proporcionarán a la institución de salud y gestión municipal del adulto mayor, los cuales servirán para crear propuestas educativas que fortalecerán aspectos relacionados al taller de rehabilitación, asegurando prevenir la incapacidad física y con ello la seguridad de un entorno saludable propicio para la conservación de la salud.

El presente trabajo de investigación consta de seis capítulos:

CAPITULO I: En el presente capitulo se describe el tema de investigación aplicación del taller de rehabilitación relacionado con la prevención de la incapacidad física, el planteamiento del problema, definición del problema, los objetivos de la investigación y la justificación e importancia de la investigación.

CAPITULO II: Se describen las bases teóricas de la investigación, marco histórico; las variables su concepto, definición, causas, prevención; estudios previos a nivel internacional y nacional; marco conceptual.

CAPITULO III: Se describen la identificación de las variables, se realiza la formulación de las hipótesis.

CAPITULO IV: Se describen las características metodológicas, tipo de la investigación, nivel de conocimiento esperado, diseño de investigación; la población, muestra y muestreo; consideraciones éticas.

CAPITULO V: Se describe las técnicas e instrumentos de recolección de datos y la descripción del procedimiento de análisis de los datos

CAPITULO VI: se describe los resultados las conclusiones y las recomendaciones del trabajo de investigación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Según la OMS Más de mil millones de personas, un 15% de la población mundial, padece alguna forma de discapacidad. Entre 110 millones y 190 millones de adultos tienen dificultades considerables para mantenerse en un buen estado de salud. Las tasas de discapacidad están aumentando a causa del envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, entre otras causas. Las personas con discapacidad tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y, por lo tanto, necesidades insatisfechas a este respecto. ⁽¹⁾

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado). ⁽¹⁾

Según la OMS; La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida. Los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total (AVAD) en este grupo etario. Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental. ⁽²⁾

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población.

De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%). Estas cifras confirman que, en el Perú, como en todo el mundo, se vive el fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, que significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad. ⁽³⁾

El índice de feminidad, muestra que hay 114 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 141 en la población femenina de 80 y más años de edad. ⁽³⁾

Según la INEI, La población de 65 y más años es la más afectada por la discapacidad (47,0%), especialmente en la sierra (52,2%) y en el área rural (51,6%). El programa Pensión 65, entre los hogares donde viven personas de 65 y más años de edad, beneficia en mayor proporción a los hogares con algún miembro con discapacidad del área rural (62,7%) y de la sierra (54,7%). El programa JUNTOS tiene una mayor cobertura en los hogares de personas sin discapacidad, especialmente en el área rural con 34,3% y la sierra con 24,6%. ⁽³⁾

Cerca del 40% de los hogares tienen al menos un adulto mayor; Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del año 2014, el 39,1% de los hogares lo integra algún adulto mayor de 60 y más años de edad y en el 8,1% de los hogares vive algunos de 80 y más años de edad. Según lugar de residencia, se aprecia que en Lima Metropolitana los hogares con adultos mayores alcanzaron el 40,6%, en el área urbana 36,4% y en la zona rural 42,0%. Es necesario destacar que, en muchos hogares los adultos mayores constituyen una pieza fundamental para su funcionamiento. De acuerdo con la ENAH del 2014, el 33,4% de los hogares peruanos son conducidos por un adulto mayor. En Lima Metropolitana este porcentaje alcanzó el 34,3% y en el área rural el porcentaje de familias con un jefe adulto mayor se incrementó a 37,0%. ⁽³⁾

En el área rural 81 de cada 100 adultos mayores tienen seguro de salud; En el trimestre abril-mayo-junio 2015, el 80,5% de los adultos mayores del área rural está afiliado a algún tipo de seguro de salud; mientras que en el área urbana y Lima Metropolitana este porcentaje alcanzó el 76,3% y 76,4%, respectivamente.

Cabe precisar que, en el año 2014, la proporción de adultos mayores que tenían seguro de salud representó el 75,5% a nivel nacional. ⁽³⁾

A nivel nacional, 39 de cada 100 adultos mayores tienen Seguro Integral de Salud; Según el tipo de Seguro de Salud, al segundo trimestre de 2015, el 38,5% de los adultos mayores cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS), 34,7% están afiliados a EsSalud y 4,2% a otro tipo de seguro de salud. ⁽³⁾

La investigación responde a la necesidad de alcanzar una nueva visión a partir de la dinámica de la formación en investigación científica, reconociendo los antecedentes teóricos y un diagnóstico fáctico donde se expresa el problema de investigación. Se ha tenido como referente teórico el modelo de cuidados y la aplicación metodológica del proceso de atención de enfermería que permite solucionar las necesidades básicas. La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamientos que han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones. ⁽⁴⁾

La Enfermería en América Latina, contribuyen a resolver los problemas de salud de población, los profesionales de enfermería están enfrentados a desarrollar estrategias teórico- prácticas para comprender e intervenir problemas de la salud en general en los campos de promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el apoyo emocional en el proceso de rehabilitación y de muerte, y un cuidado ofrecido con calidades científica _ técnica y sobre todo humano. ⁽⁴⁾

En el Asentamiento humano señor de los milagros perteneciente al distrito de pueblo nuevo provincia de chincha, se puede ver la realidad problemática de la población, los pobladores de la tercera edad padecen de algún tipo de inactividad física y desconocen acerca de los talleres de rehabilitación ya que es un acto de atención de la salud y por lo tanto un componente imprescindible de la promoción, la prevención y la asistencia a las personas en el mantenimiento de su salud y bienestar, el de su familia y la comunidad, al realizar mi práctica comunitaria vi la realidad que padecen los adultos mayores

y me propuse enfocar mi proyecto de investigación en este tema, realizando encuestas y preguntando a los adultos mayores pude ver a fondo la situación en que se encuentran, el propósito de esta investigación es poder brindar a los adultos mayores en su vida diaria hábitos y habilidades en materia de rehabilitación para preservar su salud, evitando así la falta de disminución del tiempo de acción y reacción, motivación y la pérdida de sus capacidades.

1.2. Definición del problema

1.2.1. Problema general:

Nuestro problema central lo formulamos de la siguiente manera

PG. ¿Cuál es la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016?

1.2.2. Problemas específicos

PE1. ¿Cuál es la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación en su desarrollo pedagógico en enfermería y la prevención de la incapacidad física del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016?

PE2 ¿Cuál es la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física en su nivel primario: en la promoción de la salud del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016?

PE3 ¿Cuál es la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física en su nivel primario: en la protección específica del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

OG. - .Determinar la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.

1.3.2. Objetivo Específico

OE1. Identificar la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación en su desarrollo pedagógico en enfermería y la prevención de la incapacidad física del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.

OE2. Identificar la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física en su nivel primario: en la promoción de la salud del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.

OE3. Identificar la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física en su nivel primario: en la protección específica del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.

1.4. Finalidad e importancia

La finalidad del presente estudio es determinar la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.

En cuanto a la importancia del presente trabajo los resultados obtenidos permitirán implementar estrategias acertadas y adecuadas sobre la aplicación del taller de rehabilitación, establecer un programa de capacitación sobre la incapacidad física del adulto mayor que permita fortalecer tanto los conocimientos como su práctica cotidiana de los pobladores del asentamiento humano Señor de los Milagros Pueblo Nuevo, Chincha.

Con la aplicación de talleres de rehabilitación se trata de promover, mantener y aumentar el nivel de salud del adulto mayor, Proporcionarles estilo de vida saludable, por lo que deberá permanecer como un elemento fundamental que busca desarrollar al máximo las destrezas y habilidades de los habitantes de la tercera edad del Asentamiento humano señor de los milagros, se trabajará con los agentes mecánicos. Dentro de ellos se enmarcarán los talleres de rehabilitación, terapias físicas, emocionales e psicológicas y sociales, son elementos importantes en el proceso de rehabilitación, ya que el estado mental y afectivo del adulto mayor incide positiva o negativamente permitiendo con ello aumentar su funcionalidad, estabilidad, seguridad e independencia a los adultos mayores.

Este estudio representa un aporte significativo en la profesión de enfermería, porque la enfermera realiza la detección y seguimiento del adulto mayor; con problemas de incapacidad física, así como la implementación de acciones preventivas promocionales en base a la educación principalmente a los adultos mayores y familiares.

CAPITULO II

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION.

2.1. BASES TEÓRICAS

2.1.1. Aplicación del taller de rehabilitación

CONCEPTO

La aplicación de determinadas técnicas de fisioterapia sobre adultos mayores sanos, en los que el proceso involutivo de la edad puede desencadenar diferentes procesos patológicos que pueden llevar a la disminución de sus capacidades funcionales.

La rehabilitación geriátrica pretende aprovechar las capacidades residuales y anular secuelas invalidantes con la finalidad de conseguir la mayor independencia e integración del anciano a su medio socio familiar. El trabajo interdisciplinar es garantizar su máxima autonomía. ⁽⁵⁾

OBJETIVOS

- Mejorar la calidad de vida.
- Mantener capacidades residuales.
- Reintegrar al anciano a su medio natural.
- Aumentar su autoestima.
- Control de enfermedad y factores de riesgo.
- Prevención de enfermedades secundarias, complicaciones y secuelas.
- Recuperación de la capacidad funcional.
- Adaptar la capacidad residual modificando el medio para facilitar tareas diarias. ⁽⁵⁾

La terapia ocupacional en el adulto mayor, está enfocada a proporcionar adaptaciones que faciliten las actividades de la vida diaria (AVD), técnicas que permitan simplificar la ejecución de las mismas, elementos para ejercicios, entrenamientos en AVD, ejercicios para miembros superiores y estimulación cognitiva. ⁽⁵⁾

La intervención psicológica y social, son elementos importantes en el proceso de rehabilitación, ya que el estado mental y afectivo del paciente incide

positiva o negativamente en el tratamiento; de ahí la importancia de la evaluación con participación familiar, incorporación a talleres de trabajo y el fortalecimiento de redes sociales. ⁽⁵⁾

DATO INTERESANTE:

Los estudios indican que las personas mayores que son más activas físicamente son capaces de responder igual o en algunos casos hasta mejor que personas más jóvenes en ciertas actividades físicas. Es por ello que el ejercicio se considera la modalidad de rehabilitación primaria en el caso de las personas adultas mayores. ⁽⁶⁾

LA TERAPIA FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR

Es de vital importancia el aporte que la terapia física puede tener en combatir o retardar, los procesos involutivos de la edad y / o inactividad que dan como resultado alteraciones de los órganos, aparatos y sistemas y aunque asintomáticos al principio, pueden evolucionar hasta lograr la incapacidad física del sujeto. ⁽⁶⁾

La fisioterapia en el adulto mayor tiene la meta de proporcionar al adulto mayor un programa preventivo, correctivo o de mantenimiento donde el objetivo primordial sea la independencia funcional de las personas, con la ganancia de una mejor la calidad de vida. ⁽⁶⁾

Estos son los principios generales de la rehabilitación en el anciano, cualquiera que sea el proceso del que se trate, deben aplicarse como medida general para luego aplicar las técnicas específicas correspondientes al proceso específico en el que esté el paciente: ⁽⁶⁾

- Valorar, mantener y/o aumentar la máxima movilidad articular.
- Mantener o mejorar la independencia en Actividades de la Vida Diaria.
- Valorar, mantener o aumentar la fuerza muscular.
- Lograr un buen patrón de marcha y equilibrio.
- Valorar postura y aplicar ejercicios claves para mejorar los problemas que encontremos.

- Hacer un historial de caídas y valorar barreras arquitectónicas de la casa que contribuyan con ello para hacer los cambios respectivos en el hogar o donde se desenvuelva el adulto mayor.
- Lograr la confianza y cooperación del paciente desde un inicio.

La movilidad mantenida, asistida o estimulada evita mayores lesiones articulares y problemas musculares sobre todo contracturas, pérdida de fuerza y sus consecuencias (trastorno de la marcha, caídas, síndrome de inmovilización).⁽⁶⁾

Por lo general la falta de ejercicio suele ser un problema constante en los adultos mayores, esto puede deberse a:

- las comodidades de la vida moderna
- la falta de información
- barreras arbitrarias de la edad para muchas actividades
- el efecto de enfermedades crónicas
- temores
- sobreprotección de la familia o de otros profesionales tratantes.

Por ello el ejercicio supervisado y adecuado es una necesidad terapéutica para el adulto mayor, los ejercicios dirigidos no tienen contraindicación en ningún caso, siendo beneficios incluso en pacientes con problemas cardíacos como insuficiencia coronaria y enfermedad vascular periférica.⁽⁶⁾

2.1.1.1. Proceso pedagógico en enfermería

El uso del proceso enfermero permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas; trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad.⁽⁷⁾

El proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales.⁽⁷⁾

PROPIEDADES DEL PROCESO

- Resuelto, porque va dirigido a un objetivo.

- Sistemático, por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito.
- Dinámico, porque implica un cambio continuo centrado en las respuestas humanas.
- Interactivo, por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente, identificadas durante la relación enfermero - paciente.
- Flexible, por ser adaptable a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos o comunidades.
- Posee una base teórica sustentada en una amplia variedad de conocimientos científicos y humanos aplicables a cualquier modelo teórico de enfermería. ⁽⁷⁾

Beneficios en el individuo

- Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- Estimula la participación de quien recibe los cuidados.
- Aumenta la satisfacción de los enfermeros ante la consecución del resultado.
- El sistema, al contar con una etapa de evaluación, permite su retroalimentación y mejora en función del tiempo. ⁽⁷⁾

A) PLANIFICACIÓN

TERAPIAS FÍSICAS:

La terapia física tiene gran cantidad de beneficios para aquellos que se encuentran en proceso de recuperación de una lesión o enfermedad. Sirve también para los que necesitan asistencia adicional con respecto a la movilidad de los miembros afectados e incluso en caso de padecer alguna discapacidad. Otro beneficio se encamina al mejor desarrollo de los niños, ya que cuando reciben algún tratamiento de fisioterapia a temprana edad, este favorece a mejorar el tono muscular y corregir los problemas físicos que pudieran estar presentes. En los adultos, ayuda cuando se están recuperando de alguna lesión, ya sea de tensión muscular o deportiva, así como lo relacionado con dificultades físicas, entre los que se pueden destacar los problemas de estrés repetitivo. Las personas que buscan tratamiento u opciones que no impliquen el

uso de medicamentos para el dolor, pueden encontrar en la terapia física una manera útil para reducir o, incluso, eliminar su dependencia de analgésicos. La terapia física puede devolver la movilidad, la libertad y la independencia, hay una diferencia importante en las vidas de las personas que toman esto como una opción. El servicio de un buen terapeuta físico puede reducir el impacto a largo plazo de enfermedad o de accidente, así como asistencia en la prontitud y la totalidad de la recuperación. ⁽⁸⁾

FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN

Existe un error común y es considerar que fisioterapia y rehabilitación son lo mismo. La verdad es que la rehabilitación es el resultado de aplicar, entre otras cosas, la fisioterapia para la recuperación física, psíquica, social y laboral. Pero la rehabilitación no incluye solo la fisioterapia, sino que intervienen en ella otros profesionales sanitarios o no. La fisioterapia se ocupa principalmente de la recuperación física, mientras que la rehabilitación es un trabajo multidisciplinar e integral en el cual intervienen, además de la fisioterapia, otras disciplinas como la logopedia, la terapia ocupacional, la psicología, y la rehabilitación y medicina física como especialidad médica, entre otras. La terapia física, como método de recuperación, es una parte fundamental del proceso de rehabilitación después de una lesión grave. Si bien los detalles de la rehabilitación dependerán de objetivos individuales, los fisioterapeutas han puesto vital atención en este proceso. Un fisioterapeuta puede ayudar al paciente a formular objetivos apropiados a su estilo de vida. La rehabilitación sirve para ayudar a los pacientes a regresar a su estado anterior o para mejorar su condición tanto como sea posible después de una enfermedad o lesión que ha causado dificultades físicas de un tipo u otro. ⁽⁹⁾

B) EJECUCIÓN

Aspectos a evaluar en la rehabilitación geriátrica

Es necesario el llegar a un diagnóstico basado en un buen examen clínico y tener en cuenta aspectos importantes que nos lleven al posterior tratamiento del paciente. ⁽¹⁰⁾

Los síntomas más importantes por los cuales las personas consultan los servicios de rehabilitación geriátrica son:

- Dolor agudo o crónico.
- Disminución o pérdida de la funcionalidad.
- Alteración de la marcha, la postura y/o el equilibrio.
- Trastornos sensoriales, principalmente superficiales.
- Alteración de las funciones corticales superiores.
- Problemas relacionados con la comunicación.
- Alteraciones psicológicas o familiares.
- Compromiso de la capacidad sexual. ⁽¹⁰⁾

El equipo de atención en rehabilitación, debe diseñar cuidadosamente el plan terapéutico para evitar complicaciones y descompensación de la enfermedad de base, mejorando la funcionalidad y aumentando la calidad de vida del paciente. ⁽¹⁰⁾

¿QUÉ EVALUAR EN LA REHABILITACIÓN?

La valoración clínica del adulto mayor, destinada a cuantificar, en términos funcionales, los problemas bio-psico-sociales del paciente, así como las capacidades residuales con que cuenta para enfrentar el proceso rehabilitador. ⁽¹⁰⁾

Las variables a evaluar son fundamentalmente:

- Lenguaje
- Estado psicológico y mental del enfermo
- Estado nutricional
- Frecuencias cardíaca y respiratoria
- Algias y Artralgias
- Actividades de la vida diaria (AVD)
- Control de esfínter vesical y rectal
- Amplitud articular
- Fuerza muscular
- Sensibilidad superficial y profunda
- Reflejos
- Movilidad

- Marcha y equilibrio, incluyendo evaluación de miembros inferiores
- Enfermedades sobreañadidas
- Complicaciones
- Ortesis o aditamentos

Todos estos aspectos nos permiten conocer el grado de deterioro funcional y la reserva potencial de capacidad física con que cuenta el paciente, a fin de diseñar adecuadamente el tratamiento de rehabilitación. ⁽¹⁰⁾

Identificación del problema

La evaluación sistemática del problema y el diagnóstico etiológico, permitirá evaluar la magnitud de la enfermedad y de la disfunción, con el fin de seleccionar racionalmente el tratamiento y las necesidades de apoyo en la comunidad. Con un buen examen físico y utilizando las herramientas adecuadas, se deben evaluar las características, el grado de afectación y la extensión de la lesión del paciente. La edad, por sí sola, no contraindica nunca las posibilidades de rehabilitación, pero para evitar complicaciones y para una correcta toma de decisiones debe ser tomada en cuenta. El adulto mayor de forma frecuente, es una persona susceptible de ser portadora de múltiples patologías, de ahí que el tratamiento de rehabilitación, debe estar dirigido a curar o aliviar cada una de las afecciones que le aquejan, pero más aún a recuperar su capacidad funcional total. ⁽¹⁰⁾

2.1.2. Prevención de la incapacidad física

CONCEPTO

Se define a la discapacidad como la pérdida de habilidades para desarrollar cualquier tipo de actividad y de no prevenirse adecuadamente, genera incapacidad. En el anciano la discapacidad le genera dificultad para el desempeño de las actividades de la vida diaria, que tendrán como consecuencia la pérdida de la independencia, la autonomía física y mental, así como el rechazo social y el abandono familiar. ⁽¹¹⁾

La incapacidad es el déficit funcional resultante de la acción de la enfermedad en un órgano, aparato o sistema. La invalidez es el resultado de la interacción de las incapacidades del individuo con el medio que le rodea. ⁽¹¹⁾

Cuando se habla de discapacidad, normalmente se piensa que esta es solamente física, pero realmente es un universo muy amplio; así por ejemplo se tiene la obligación de detectar a las familias disfuncionales que ante la probable discapacidad del anciano bloquearían acciones a seguir tan simples como: mejorar su alimentación, quitar los tapetes alrededor de la cama, adecuar los baños, mejorar la iluminación en el hogar. ⁽¹¹⁾

La prevención oportuna tiene como objetivo evitar que se presente algún tipo de discapacidad.

La prevención se realiza evaluando de forma funcional-global al anciano, entendiendo por esto la valoración física, mental, social, familiar y económica del mismo y cómo deben interactuar para prevenir o mejorar la discapacidad y en esa forma, evitar al máximo la presentación de conflictos severos que pueden terminar con su vida. ⁽¹¹⁾

SE DEBEN PREVENIR:

- Las caídas. Con el trauma de la caída y la probable fractura de la cadera originaría incapacidad para caminar.
- El riesgo de deterioro cognoscitivo. Esto puede derivar en demencia, que a su vez genera maltrato y abandono.
- Pérdida de autonomía económica. Esto genera un anciano dependiente, que lo lleva al abandono, mal control de sus enfermedades, pérdida de roles sociales que la mayoría de la vez termina en el rechazo social. ⁽¹¹⁾
- Familia desintegrada. Elimina al anciano de su protección, lo que le ocasiona pérdida de estatus, de autoestima, mal control de sus enfermedades de base y termina en el abandono y maltrato.
- Ámbito social. En la actualidad los ancianos tienen grandes riesgos de discapacidad en este rubro, ya que la sociedad mexicana es joven y en ella el viejo es “infravalorado, despreciado, rechazado e invisible”. Esto lleva a la pérdida de su rol como persona, generando aislamiento, rechazo, soledad, choque generacional, pérdida de la autoestima, depresión y riesgo de muerte. ⁽¹¹⁾

2.1.2.1. Prevención primaria

En el proceso de rehabilitación física en Geriatría, se deben identificar y modificar factores de riesgo que afecten al paciente. Se consideran factores de riesgo el sedentarismo, la obesidad, la inactividad, el hábito de fumar, el alcoholismo y los malos hábitos nutricionales, fundamentalmente. Para el trabajo en esta esfera, debe involucrarse el paciente, la familia y otros factores comunitarios. ⁽¹⁰⁾

El primer nivel incluye acciones dirigidas a prevenir la aparición del daño, detectar personas con discapacidad y realizar promoción de la salud. Adicionalmente se deben considerar algunas acciones básicas de prevención en el entorno del adulto mayor y de actividad física, que incluyen:

- Eliminar objetos que no se utilizan en los accesos principales.
- Asegurar que el teléfono esté ubicado a baja altura, accesible desde el piso.
- Asegurar que la iluminación nocturna sea adecuada, especialmente en la vía hacia los sanitarios y salidas de emergencias.
- Instalar pasamanos en las duchas, baños, escaleras y desniveles.
- Utilizar alfombras diseñadas para evitar deslizamientos en el baño y quitarla cuando no se use.
- Instalar asiento elevado en el inodoro.
- No utilizar muebles bajos y mantener libres las vías de acceso.
- Reparar los caminos de acceso al hogar.
- Evitar encerar los pisos y terrazas.
- El cuidado de los pies debe ser una rutina.
- Se debe promover la circulación a través de ejercicios y masajes suaves.
- Evitar la exposición a elevadas temperaturas por tiempo prolongado.
- Los zapatos deben ser cómodos y bien adaptados, de material suave y flexible.
- Los zapatos de cuero permiten que el pie respire, evitando infecciones.
- Las suelas deben ser firmes, con textura que evite deslices y los tacones bajos.
- No utilizar medias o calcetines muy ajustados y evitar ligaduras. ⁽¹⁰⁾

A) PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los adultos mayores son receptivos a las actividades de promoción de la salud, porque quieren tener buena calidad de vida y ser independientes; todas las actividades de promoción dirigidas a ellos son efectivas cuando se detectan tempranamente los problemas, pero no sirven cuando hay problemas de dependencia; en este sentido, la visita domiciliaria es una excelente estrategia.

Los programas de promoción de salud en adultos mayores tienen múltiples beneficios para ellos: incrementan la actividad física; incrementan el autocuidado y la capacidad de desarrollar sus actividades en forma independiente; aumentan los contactos sociales y previenen uno de los síndromes geriátricos más frecuentes, especialmente en mujeres, que son las caídas. Finalmente, disminuyen la institucionalización, que es un gran problema en la tercera edad. ⁽¹²⁾

La Organización Mundial de la Salud ha elaborado principios generales sobre promoción de la salud: ⁽¹³⁾

- Asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combinar métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspirar a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades. ⁽¹³⁾

Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud. ⁽¹³⁾

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Como ya se mencionó, la promoción de la salud no sólo abarca al ámbito de la salud, sino también al de la investigación, educación, gobierno y otros sectores sociales, porque las acciones que se llevan a cabo son sociales,

económicas, políticas y psicosociales., Por consiguiente, la educación para la salud es parte de la Promoción de la Salud. ⁽¹³⁾

El significado de esta expresión está ligado a las concepciones de salud y educación que imperan en cada época y es resultado de las ideologías, así como de las necesidades sociales. ⁽¹³⁾

Salleras explica que la educación sanitaria tiene como objetivos que la salud sea un patrimonio de la colectividad, modificar conductas negativas, promover conductas positivas, promover cambios ambientales, así como capacitar a las personas para que participen en la toma de decisiones sobre salud en su comunidad. ⁽¹³⁾

B) PROTECCIÓN ESPECIFICA

Se realiza sobre el medio ambiente. Como por ejemplo la sanidad ambiental y la higiene alimentaria. Las actividades de promoción y protección de la salud que inciden sobre el medio ambiente no las ejecuta el médico ni la enfermera, sino otros profesionales de la salud pública. ⁽¹⁴⁾

Según la OMS, uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. ⁽¹⁴⁾

ASISTENCIA SANITARIA

Se considera como asistencia sanitaria a la prevención, tratamiento y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar mental y físico a través de los servicios ofrecidos por las profesiones de medicina, farmacia, odontología, obstetricia, enfermería y afines.

Según la Organización Mundial de la Salud, la asistencia sanitaria abarca todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud, incluyendo "intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a

individuos o a poblaciones". La provisión organizada de tales servicios puede constituir un sistema de asistencia sanitaria. ⁽¹⁵⁾

2.1.3. Teorías científicas de enfermería:

Dentro de estas 3 teorías sustentadas por las 3 científicas mi proyecto está basado en la teoría de virgínea Henderson, Dorothea Orem y Nola j. pender.

HENDERSON define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario, hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible " ⁽¹⁶⁾

Los elementos más importantes de su teoría son:

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud, Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros" esferas en las que se desarrollan los cuidados.

- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización. ⁽¹⁶⁾

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Meta paradigma de enfermería:

- Persona
- Individuo
- Entorno
- Salud

DOROTHEA no tuvo un autor que influyo en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás. ⁽¹⁷⁾

Ha descrito la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

- La teoría del autocuidado:

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". ⁽¹⁷⁾

- La teoría del déficit de autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. ⁽¹⁷⁾

- La teoría de sistemas de enfermería:

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado. ⁽¹⁷⁾

NOLA J. PENDER, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan (Estados Unidos de América) es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo

de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. ⁽¹⁸⁾

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. ⁽¹⁸⁾

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD:

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. ⁽¹⁸⁾

2.2. Antecedentes

2.2.1. Antecedentes Internacionales

Matta; (2012); argentina; “modelo de gestión en establecimientos de atención de personas con discapacidad ciudad de santa fe, año 2011”;
Objetivo: Describir y analizar el Modelo de Gestión de dos Organizaciones que prestan servicios a personas con discapacidad de la ciudad de Santa Fe;
Metodología: En cuanto a la metodología, el mencionado trabajo buscará

aplicar todos los conocimientos de la Maestría, complementando con el Estudio de Casos que se inscribe en el marco de la metodología cualitativa. A su vez se enmarca en lo que es la Investigación-acción, dado que el trabajo de campo incide en el objeto estudiado; Conclusiones: En una primera instancia se seleccionaron seis Organizaciones como parte del universo. Se realizaron algunas observaciones participantes en cada una de las Organizaciones a fin de contrastar lo observado con los datos de las entrevistas y de las fuentes secundarias de información. El trabajo de campo se fortaleció además con la realización de entrevistas y consultas a referentes de Organismos Nacionales, conclusiones; En los casos estudiados los procesos organizacionales han ido evolucionando de manera gradual a través del tiempo - desde la óptica del observador externo-, influidos por cambios en las estructuras, las estrategias internas y externas, las demandas del contexto, condicionando el comportamiento de sus integrantes y de sus directivos. Estos cambios han impactado en su orientación hacia los procesos, hacia los equipos, en su forma de relacionarse con los usuarios, con otras organizaciones, en la administración de los recursos y fundamentalmente, han influido en el objeto de estudio de esta investigación que es el Modelo de Gestión. ⁽¹⁹⁾

Ponce, (2013); España; “eficacia de un programa de ejercicio físico para mejorar el equilibrio estático y dinámico en ancianos institucionalizados.”; Objetivo: demostrar la eficacia de un programa de ejercicios físicos de equilibrio, para mejorar el equilibrio estático y dinámico, durante las avd y la marcha en ancianos; Metodología: El método que se utilizó fue el de tipo observacional, de cohorte, prospectivo, de 3 meses de duración, la muestra estuvo constituida por ancianos residentes de Real Casa de Misericordia (RCM), Casa de Reposo de Tudela del Gobierno de Navarra en España, con edades comprendidas entre los 84 y 96 años; Conclusiones: A quien se le aplicó fichas de evaluación convencional y fichas de evaluación y de seguimiento de los ejercicios de equilibrio llegando entre otras a las siguientes conclusiones Se puede mejorar el equilibrio y la marcha en ancianos con un programa de ejercicio físico adecuado a las características de los ancianos. El

trabajo será más eficaz si se consigue una intervención multidisciplinar y coordinado por un fisioterapeuta. El objetivo de los ejercicios es el poder alcanzar la ejecución correcta de cada uno y conseguir la fidelización de los ancianos. La instauración pronta de un programa de ejercicios puede retrasar la aparición de complicaciones comunes en el proceso de envejecimiento y haciendo que conserve el máximo tiempo posible su independencia. El efecto beneficioso de la instauración de un programa de ejercicios parece estar vinculado con la duración de la intervención. Sería conveniente que el programa se prolongara y adecuara, durante toda la vida. ⁽²⁰⁾

Zambrano; (2013); Ecuador; tema: “la actividad física terapéutica y su incidencia en la calidad de vida del adulto mayor que asiste al patronato de amparo social del gobierno provincial de napo en el periodo febrero – octubre 2012” objetivo: Diseñar un plan de actividad física terapéutica personalizada para mejorar la calidad de vida del adulto mayor que asiste al Patronato de Amparo Social del Gobierno Provincial de Napo; Metodología: En la presente investigación a pesar de ser netamente de campo, predomino lo cuantitativo, porque su finalidad es la de direccionar el trabajo hacia acciones y reflexiones participativas de carácter social utilizando valores numéricos que permitieron realizar las mediaciones y representaciones gráficas de nuestro estudio, con el fin de poder valorar el trabajo realizado dentro de la institución. En el proceso de entregar a la sociedad un plan de revalorización e inclusión del adulto mayor el mismo que es al centro de mi investigación y el cual se ve afectado directamente por el problema; Conclusiones: Posteriormente la propuesta en la cual se elabora un plan de actividad física terapéutica encaminada a mantener la movilidad del adulto mayor que asiste al Patronato Provincial de Napo, con la finalidad de mantener o mejorar la calidad de vida. ⁽²¹⁾

Alvarado; (2014); Ecuador; “Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia sidcay. cuenca, 2013.” Determinar la prevalencia de caídas en adultos mayores y sus factores asociados intrínsecos: enfermedades crónicas, estado mental, deambulación; extrínsecos: fármacos, alcohol, calzado, actividades diarias, lugar, condición del suelo, intervalo del

día, y no clasificables: caídas previas, temor a caer, tipos de caídas; en la Parroquia Sidcay, Cantón Cuenca. Metodología: Se trató de un estudio transversal; la población de estudio se estableció en los adultos mayores de la Parroquia Sidcay. Se trabajó con 489 adultos mayores. Para el levantamiento de datos se utilizó un cuestionario basado en la OMS y “Escala de Riesgo de Caídas de Downton”, los datos fueron tabulados y analizados en el programa SPSS 15.0, para variables demográficas se usaron porcentaje, frecuencia, y medidas de tendencia central, para buscar asociación razón de prevalencia con intervalo de confianza de 95% y para significancia estadística el Chi cuadrado con valor p. Conclusiones: La investigación revela que si existe relación entre la prevalencia mundial de caídas en el adulto mayor con la Parroquia Sidcay, siendo los factores de mayor riesgo: >74 años, sexo femenino, que viven sin pareja, con alteraciones nutricionales, enfermedades crónicas, estado mental confuso, deambulación insegura con o sin ayudas, que consumen medicamentos, que deambulan descalzos y que ya habían presentado caídas previas. Como sea revisado existe una población de adultos mayores en riesgo ya sea alto o bajo de caídas, esto supone la necesidad de integrar al cuidado de esta población ambiente seguros como los domicilios, que se adapten a las necesidades del usuario en el aspecto físico y así contribuir a disminuir las caídas. Recomendaciones: Las caídas representan problemas de salud pública y de alta morbilidad, se recomienda reproducir estos resultados y evidenciar, así como valorar los factores que hemos considerado de riesgo en esta población para emprender acciones intervencionistas encaminadas a reducir la prevalencia de caídas. ⁽²²⁾

Siza; (2015); Ecuador, “Intervención de enfermería en el adulto mayor para mejorar su calidad de vida en el hogar de ancianos sagrado corazón de Jesús de Ambato, período septiembre del 2014 a febrero del 2015”; objetivo: diagnosticar de qué manera influye la intervención de enfermería en el adulto mayor para mejorar su calidad de vida en el hogar de ancianos sagrado corazón de Jesús. Metodología: El enfoque de investigación es cuali-cuantitativo, porque se realizará un análisis estadístico del problema de

intervención de enfermería y la calidad de vida de los adultos mayores con datos reales, que serán obtenidos de la encuesta que se implementará al personal de enfermería y a las personas de la tercera edad, además de la interpretación de las causas y efectos de la inadecuada implementación de las intervenciones de enfermería en la atención. Conclusiones: La intervención de enfermería influye directamente en el bienestar físico, psicológico y emocional del adulto mayor, debido a que son las enfermeras las personas que mantienen contacto permanente con los adultos mayores y a la vez son las que motivan a través de sus actividades y actitudes reacciones positivas y negativas en ellos, como se indica en la pregunta número 11 de la encuesta realizada. Recomendaciones: El personal de enfermería deberá organizar de mejor manera sus intervenciones con los adultos mayores, pues depende de ello el equilibrio físico, psicológico y emocional del adulto mayor y con ello se contribuirá a mejorar su estilo de vida. ⁽²³⁾

2.2.2. Antecedentes Nacionales

Zapata; (2013); Perú; “percepción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera en el servicio de geriatría del hospital Almenara”; Objetivos: Determinar la percepción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera(o) en el Servicio de Geriatría del HNGAI; Metodología: Estudio cuantitativo, diseño descriptivo transversal, realizado en el HNGAI; la población estuvo conformada por los adultos mayores que ingresaron al servicio de geriatría durante el primer trimestre del 2013. Para la recolección de datos se usó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario. El proceso de recolección de datos lo efectuó la investigadora en el primer trimestre del 2013. Para el análisis de datos se usó el paquete estadístico SPSS. La tesis fue sometida a la evaluación del comité de Ética en Investigación del HNGAI, respetando y teniendo en cuenta los principios éticos de investigación. Resultados: La percepción general del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera(o) en el servicio de geriatría del HNGAI es medianamente favorable 63%, el mismo resultado obtuvieron: la dimensión biológica 47%, la dimensión sociocultural

48% y la dimensión espiritual 48%, sin embargo, en la dimensión emocional, los adultos mayores perciben el cuidado como desfavorable 62%; Conclusiones y recomendaciones: La percepción general del paciente adulto mayor frente al cuidado que reciben de las enfermeras(o) es medianamente favorable; por ende es preciso reflexionar sobre la esencia de enfermería, que es el cuidar al necesitado, un cuidado con bases humanísticas, pues el mal uso y aplicación de los avances científicos y tecnológicos, el estrés de los trabajadores de salud debido a la recarga de funciones y otras causas han hecho que el cuidado de enfermería se vuelva rutinario y frío, es decir, un cuidado deshumanizado, atentando contra la integridad de la persona. ⁽²⁴⁾

Zúñiga, (2013); Perú; Tema: Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la “Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados” de Lima. Mayo del 2012; Objetivo: Determinar la actividad funcional básica de los residentes de los pabellones sociales de la “casa - asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados”, de la ciudad de Lima, en el mes de mayo del 2012; Metodología: La población de los pabellones sociales consta de 143 residentes y están distribuidos en 2 pabellones; Conclusiones: La evaluación de las actividades funcionales básicas en la Casa - Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados nos permite ver la magnitud del nivel de su capacidad funcional. El 68.53% son independientes, requieren ayuda 24.47% y un 7% son dependientes. Se corrobora que el grupo etario de mayor edad, tiene mayor dificultad en sus actividades funcionales básicas. La actividad funcional básica más afectada en el índice de autocuidado es el bañarse con 37% y la menos afectada es alimentarse con 9.1%, en el índice de movilidad la mayor actividad funcional básica más afectada es entrar y salir de la ducha con 37.1%, y la menos afectada es movilización en silla de ruedas con 16.78%. La prevención de la discapacidad funcional del Adulto Mayor se inicia evaluando sus Actividades Básicas de la Vida Diaria con el Índice de Barthel Modificado; Recomendamos unificar criterios para la evaluación a través de índices internacionales y tener un lenguaje común y sencillo. Recomendar que la clasificación de asistencia del adulto mayor se escriba con

una puntuación adecuada, que no genere dudas, como lo es el puntaje negativo. Recomendar brindar mayor especificidad en el ítem de lavado y bañarse, pudiendo clasificarse en lavado del cuerpo superior e inferior. ⁽²⁵⁾

Soto; (2014); Perú; Tema: “Valoración del Equilibrio y Marcha en Adultos Mayores que participan y no, en un Programa de Ejercicio Físico, en el Hospital San Juan De Lurigancho-Enero 2014”; Objetivos: Determinar la valoración del equilibrio y marcha en los adultos mayores que participan en un programa de ejercicio físico, comparado con adultos mayores que no participan, en el distrito de San Juan de Lurigancho en el mes de enero del 2014; Metodología: Se realizó la evaluación a dos grupos: el primero conformado por 30 adultos mayores que participan en un programa de ejercicio físico y el segundo por 30 adultos mayores que no participan. Se excluyeron a 10 y 5 adultos mayores de cada grupo respectivamente antes de realizar la evaluación al no cumplir con los criterios de inclusión, Conclusiones: Existe mayor equilibrio y marcha en los adultos mayores que si participan en el programa de ejercicios físicos. Existe menor equilibrio y marcha en los adultos mayores que no participan en el programa de ejercicios físicos. Los adultos mayores entre 60 y 75 años a comparación de los que están entre 76 a 90 años, tienen mayor equilibrio y marcha en el grupo que si participa. Recomendaciones: Incentivar la investigación del equilibrio y la marcha en el adulto mayor, implementando nuevas metodologías en el plan de intervención, con el fin de conseguir el bienestar e independencia en la población. ⁽²⁶⁾

Romero; (2015); Perú; “Factores de riesgo de osteoporosis y calidad de vida en mujeres mayores de 60 años del centro del adulto mayor essalud”; Objetivos: identificar los factores de riesgo de mayor presencia para la osteoporosis; Metodología: El método que se utilizó fue el de tipo descriptivo porque solo se va a describir el comportamiento de las variables, la muestra estuvo constituida por la población que acude de manera regular al centro del adulto mayor essalud de la ciudad de Ica; Conclusión: los factores de riesgo de osteoporosis según dimensiones, factores de riesgo modificable y no

modificable existe presencia porcentual en mujeres mayores de 60 años del centro de adulto mayor salud, considerando como regular que hubieran asistido por más de 2 veces en el mes de la aplicación en la encuesta por conveniencia de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión. La calidad de vida según dimensiones, aspecto físico, Psicológico y social es bueno en las mujeres mayores de 60 años del centro del adulto mayor; recomendaciones: Motivar a los profesionales de la salud a realizar programas de actividades preventivas promocionales que permitan disminuir la existencia de los factores de riesgo de la osteoporosis para poder diagnosticar a temprana edad los problemas que acarrearán en el adulto mayor. Que los adultos mayores continúen siendo partícipes de los talleres educativos y demostrativos preventivos promocionales con el fin de mantener una buena calidad de vida en beneficio de su salud integral. ⁽²⁷⁾

Tello; (2015); Perú; “Nivel de satisfacción del adulto mayor con respecto al tipo de funcionamiento familiar en un centro de atención de salud del Minsa. 2014.” Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción del adulto mayor respecto al tipo de funcionamiento familiar en un Centro de Atención de Salud del MINSA; Metodología: El estudio es de enfoque cuantitativo, ya que se le asigna un valor numérico a los datos obtenidos, nivel aplicativo ya que parte de la realidad al que se va a modificar, método de tipo descriptivo, de corte transversal ya que permitirá presentar la información obtenida tal y como se presenta en su tiempo y espacio determinado, bajo los lineamientos del diseño no experimental; Conclusiones: El nivel de satisfacción del adulto mayor es de “satisfecho” con respecto al tipo de funcionamiento familiar ya que la familia ocupa un valor importante en la vida del adulto mayor sobre todo en el desarrollo de su satisfacción como persona logrando así una mayor integración con sus miembros y entorno familiar; Recomendaciones: Concientizar a las familias de los adultos mayores para que la relación entre ellos sea más estable y el sistema familiar se vuelva más funcional entre ellos y sus miembros. ⁽²⁸⁾

2.3. Marco Conceptual

1. Aislamiento:

Situación de falta de comunicación o relación con los demás. ⁽²⁹⁾

2. Autocuidado:

Es una forma propia de cuidarse así mismo por supuesto literalmente, el autocuidado es una forma de cuidado a sí mismo. ⁽³⁰⁾

3. Capacidad:

Conjunto de condiciones intelectuales para el cumplimiento de una función o el desempeño. ⁽³¹⁾

4. Depresión:

Se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. ⁽³²⁾

5. Deterioro cognitivo:

Es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información, que se produce con el envejecimiento normal. ⁽³³⁾

6. Discapacitado:

Se aplica a la persona que está incapacitada, por lesión congénita o adquirida, para realizar ciertas actividades. ⁽³⁴⁾

7. Enfermedad:

Se denomina enfermedad al proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud. ⁽³⁵⁾

8. Envejecimiento:

Proceso biológico por el que los seres vivos se hacen viejos, que comporta una serie de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo y no son consecuencia de enfermedades ni accidentes. ⁽³⁶⁾

9. Hábitos:

Es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato. ⁽³⁷⁾

10. Independencia:

Capacidad para elegir y actuar con libertad y sin depender de un mando o autoridad extraña. ⁽³⁸⁾

11. Independiente:

Es alguien o algo que es autónomo y, por lo tanto, que actúa voluntariamente. ⁽³⁹⁾

12. Inestabilidad:

Incapacidad de un cuerpo para mantener o recuperar el equilibrio. ⁽⁴⁰⁾

13. Invalidez:

Incapacidad de una persona para realizar determinadas actividades debido a una deficiencia física o psíquica. ⁽⁴¹⁾

14. Logopedia:

Es el conjunto de métodos para la enseñanza de una fonación normal a quien tiene dificultades de pronunciación. ⁽⁴²⁾

15. Macrosociales:

Al estudio completo de masas o sociedades enteras, dentro de un plano más grande y general. ⁽⁴³⁾

16. Microsociales:

Se está estudiando la conducta específica de un individuo dentro de un grupo o de un grupo dentro de una sociedad. ⁽⁴³⁾

17. Rehabilitación:

Conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de un traumatismo o de una enfermedad. ⁽⁴⁴⁾

18. Sedentarismo:

es el estilo de vida más cotidiano que incluye poco ejercicio, suele aumentar el régimen de problemas de salud, especialmente aumento de peso (obesidad) y padecimientos cardiovasculares. ⁽⁴⁵⁾

19. Trastorno del sueño:

Son un amplio grupo de padecimientos que afectan el desarrollo habitual del ciclo sueño-vigilia. ⁽⁴⁶⁾

20. Terapia física:

Rama de la medicina que se ocupa de tratar las afecciones físicas de nuestro cuerpo a través del ejercicio o de diversas prácticas. ⁽⁴⁷⁾

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

3.1.1. Hipótesis general

HG. Existe una relación directa y significativa entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.

HO. No Existe una relación directa y significativa entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.

3.1.2. Hipótesis específicas

HE1. Existe relación directa entre la aplicación del taller de rehabilitación en su desarrollo pedagógico en enfermería y la prevención de la incapacidad física del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.

HE2. Existe relación entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física en su nivel primario: en la promoción de la salud del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.

HE3. Existe relación entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física en su nivel primario: en la protección específica del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.

3.2. Identificación de variables

3.2.1. Clasificación de variables

Variable 1: Aplicación del Taller de rehabilitación

Variable 2: Prevención de la incapacidad física.

3.2.2. Definición constitutiva de variables

Aplicación del taller de rehabilitación:

Son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. ⁽⁴⁸⁾

Prevención de la incapacidad física:

pérdida parcial o total de la capacidad innata de un individuo, ya sea por causas relacionadas con enfermedades congénitas o adquiridas, o por lesiones que determinan una merma en las capacidades de la persona, especialmente en lo referente a la anatomía y la función de un órgano, miembro o sentido. ⁽⁴⁹⁾

3.2.3 Definición Operacional de las Variables

Aplicación del taller de rehabilitación lo llevaremos a cabo a través de terapias físicas, masajes, técnicas de rehabilitación, caminatas, ya que esto ayudar a una mejor calidad de vida, a elevar su autoestima y sentirse mejor. Al adulto mayor se le realizo terapia física, terapia emocional, actividades sociales ya que los adultos mayores están expuestos a la depresión, y tristeza y estas actividades les ayudo a despejar sus mentes y sentirse mejor.

La incapacidad física es el deterioro funcional de sus capacidades, afecta al adulto mayor y aleja de la sociedad disminuyendo su estado emocional y psicosocial. Es necesario prevenir la incapacidad en los adultos mayores para mejorar su calidad de vida en todo su aspecto.

CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENCIONES	INDICADORES
V1: APLICACIÓN DEL TALLER DE REHABILITACION	PROCESO PEDAGOGICO EN ENFERMERIA	PLANIFICACION
		EJECUCION
V2: PREVENCION DE LA INCAPACIDAD FISICA DEL ADULTO MAYOR	PREVENCION PRIMARIA	PROMOCION DE LA SALUD
		PROTECCION ESPECIFICA

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1.- NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptiva Correlacional

Descriptivo porque vamos a describir ciertas características de un determinado grupo etario, al cual vamos a someter al presente trabajo de investigación Y constituirán la unidad de análisis de acuerdo a lo planteado. Correlacional porque vamos hacer una comparación entre dos variables si guardan similitud y con otros estudios previos para ver también si se ajustan a la realidad. Los estudios correlacionales comprenden aquellos estudios en los que estamos interesados en descubrir o aclarar las relaciones existentes entre las variables más significativas, mediante el uso de los coeficientes de correlación. Así cuando dos variables cavarían en la misma dirección existirá una relación que denominaremos positiva y su identidad quedará reflejada en el coeficiente que será entre 0 y 1, tanto más cerca de 1 cuanto más intensa sea la relación entre las variables. En este estudio lo que se pretende es determinar el grado de correlación existente entre las variables “aplicación del Taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física del adulto mayor, para luego, a partir de dichos resultados, explicar la asociación existente entre las variables. Sin embargo, no se pueden establecer relaciones de causa-efecto entre las variables del estudio.

4.2. Descripción del método y diseño

4.2.1. Método

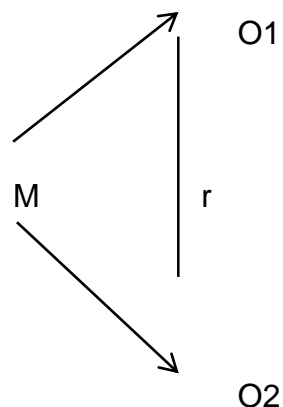
El método a utilizarse en la presente investigación es esencialmente empírico positivista. Se utilizará el procedimiento hipotético-deductivo, pues partimos de una teoría básica general que sustenta la condición de las variables estudiadas. Luego se hipotetizará, para finalmente recoger datos empíricos que permitan explicar la realidad concreta.

4.2.2. Diseño

Se utilizará un diseño Correlacional, dadas las características de la investigación, ya que sólo se pretende observar el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, sin manipulación de las variables por la investigadora.

Este tipo de estudio tiene como finalidad determinar el grado de relación o asociación no causal existente entre las variables “aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física del adulto mayor, Se caracteriza porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Aunque la investigación correlacional no establece de forma directa relaciones causales, puede aportar indicios sobre las posibles causas de un fenómeno. Este tipo de investigación descriptiva busca determinar el grado de relación existente entre las variables.

El siguiente esquema corresponde a este tipo de diseño:



Donde:

M: Muestra

R: Correlación

V1: Aplicación del taller de rehabilitación

V2: Prevención de la incapacidad física

4.3. Población, muestra y muestreo

Población:

Nuestra población comprende a todos los adultos mayores del Asentamiento humano Señor de los milagros de la primera etapa que está conformada por ocho avenidas principales y existen el número de 191 adultos mayores.

Criterios de inclusión

- ✓ Adultos mayores con problemas de incapacidad física del Asentamiento humano Señor de los milagros
- ✓ Personas mayores de 65 a 80 años.
- ✓ Pacientes con alguna incapacidad física de ambos sexos.
- ✓ Pacientes con problema de sedentarismo.
- ✓ Pacientes que acepten participar en charlas educativas de rehabilitación física y que hayan firmado el consentimiento informado.
- ✓ Pacientes que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes con problemas de incapacidad física que presenten los siguientes impedimentos (sordos, mudos, Retraso Mental, cuadripléjicos)
- ✓ Pacientes con incapacidad física >65 a < 80 años.
- ✓ Pacientes con deterioro cognitivo.
- ✓ Pacientes con incapacidad física que no desean participar en las charlas educativas de rehabilitación.

Muestra: es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población. Está constituido por los adultos mayores de 65 a 80 años de edad; se ha tomado como muestra 53 personas que han sido encuestadas.

Muestreo: Kish afirma que, en un número determinado de elementos muestrales n ; la varianza de la media muestra puede reducirse al mínimo, si el tamaño de la muestra para cada estrato es proporcional a la desviación estándar dentro del estrato.

Muestreo probabilístico para muestras finitas:

Muestra:

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{d^2(N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Fórmula:

n = Tamaño de Muestra

N = Tamaño de la Población: 395

Z² = 95% de Confianza = 1.96

p = Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población en referencia (Cuando no se conoce se considera p=0.95 =95%)

q = (1 – p) Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés. 5% = 0.05

d² = Error relativo del 5% = 0.05%

$$n = \frac{(1.96)^2 * 191 * 0.95 * 0.05}{(0.05)^2 (191 - 1) + (1.96)^2 * 0.95 * 0.05}$$

$$n = \frac{384 * 191 * 0.95 * 0.05}{(0.0025) (190) + 384 * 0.95 * 0.05}$$

$$n = \frac{34.8529}{0.475 + 0.182476} = \frac{34.8529}{0.657476}$$

n= 53 adultos mayores

4.4. Consideraciones Éticas

Se cumplió con los principios generales de bioética dentro de la investigación, dejando a su elección su participación voluntaria en la investigación, personalmente se le explicó a cada participante el objetivo y la importancia de su participación y se les comunicó que el instrumento era anónimo y estrictamente confidencial, dándoles así la confianza a cada una de las personas para que sus respuestas fueran veraces, concluido el llenado del instrumento se les agradeció por su colaboración.

Respeto:

No se vulnerará sus derechos de los adultos mayores y se les tratará con mucho cariño y respeto.

Autonomía:

Se respeta sus condiciones de deliberar acerca de sus metas personales, capacidades y limitaciones.

No maleficencia:

En los talleres los adultos mayores no realizarán alguna práctica que pueda vulnerar al adulto mayor.

Beneficencia:

Con los talleres de rehabilitación integral los adultos mayores alcanzarán su independencia en las actividades cotidianas a realizar.

Justicia:

Todos los pobladores de la tercera edad del Asentamiento Humano Señor de los Milagros tendrán la misma oportunidad de participar en los talleres en forma equitativa en la cual se considera la privacidad y el trato justo de los adultos.

CAPITULO V

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

5.1. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

En el presente estudio se utilizó como técnicas de recolección de datos en primer lugar a la Observación para obtener una apreciación y análisis del contexto cotidiano auténtico de los adultos mayores, en segundo lugar, una Encuesta dirigida a cada uno de los/as pacientes que nos permitió obtener datos relevantes y apegados a la realidad. Al investigar los beneficios que conlleva la práctica ejercicio físico en personas de la tercera edad se realizó una observación de carácter no estructurada y participante, no estructurada porque es un medio rápido que nos permitió captar la realidad apoyándonos simplemente en una guía, sin la necesidad de utilizar elementos técnicos especiales; y participante porque se pudo intervenir de una forma directa en el grupo de investigación, compartiendo sus experiencias antes y después de la práctica deportiva, y poniendo especial atención en sus necesidades y en la satisfacciones adquiridas.

✓ instrumento

Cuestionario:

En esta investigación se empleó como instrumento al Cuestionario por ser un medio estandarizado, que permite traducir y operacionalizar el problema de investigación; además que va de acuerdo con el número de esta población. En los cuestionarios utilizados en esta investigación, por el grupo etario a quien fue dirigido se utilizaron preguntas cerradas (dicotómicas y politómicas) y de estimación ya que son muy simples y fáciles de responder; las primeras preguntas realizadas estuvieron encaminadas a obtener datos generales sobre los pacientes y las preguntas posteriores estuvieron acordes con el tema que se investigó.

5.2. Procedimiento y recolección de datos

Para llevar a cabo la presente investigación se realizó el trámite administrativo mediante un oficio redactado y dirigido al presidente de la

comunidad del Asentamiento humano Señor de los milagros de la primera etapa, para obtener el permiso y consentimiento a realizar la investigación que lleva como título aplicación del taller de rehabilitación relacionado con la prevención de la incapacidad física en el adulto mayor.

Se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con los adultos mayores, utilizando las técnicas e instrumentos a utilizar con el fin de establecer la recolección de datos considerando una duración de 30 minutos por entrevistado.

5.3.- Procesamiento y análisis estadístico de datos

Concluida la recolección de datos, se procedió en forma manual la tabulación de datos, codificando cada variable estudiada. Los datos obtenidos se insertaron en una hoja de cálculo del programa Microsoft, Excel para luego ser transferido al programa estadístico para su procesamiento de resultados. Para la presentación de los resultados se utilizaron estadígrafos para elaborar los cuadros donde mencionan los resultados que se discuten, basándose en la base teórica donde finalmente se formulan recomendaciones y conclusiones.

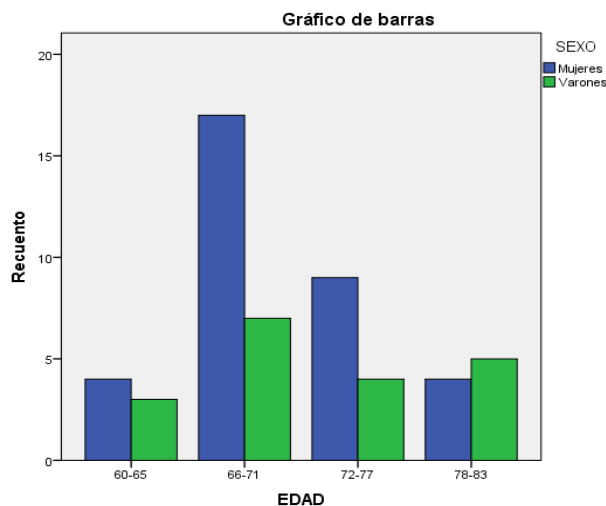
CAPITULO VI

RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1.-PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

TABLA N°1: DATOS GENERALES

	EDAD	SEXO		Total
		Mujeres	Varones	
	60-65	4	3	7
	66-71	17	7	24
	72-77	9	4	13
	78-83	4	5	9
	Total	34	19	53



INTERPRETACION:

Respecto al cuadro n°1 del sexo y las edades de los encuestados los habitantes de la comunidad de edades entre 60-65 años 4 de sexo femenino y 3 de sexo masculino, entre las edades de 66 – 71 años de edad 17 son de sexo femenino y 7 son de sexo masculino, entre las edades de 72 – 77 años de edad 9 son de sexo femenino y 4 de sexo masculino, entre las edades 78-83 años de edad 4 solo son de sexo femenino y 5 de sexo masculino, en total 34 son mujeres y 19 varones.

GRADO DE INSTRUCCIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos I	No estudian	1	1,9	1,9
	Primaria	10	18,9	20,8
	Secundaria	17	32,1	52,8
	Secundaria	24	45,3	98,1
	Superior	1	1,9	100,0
	Total	53	100,0	100,0

INTERPRETACION:

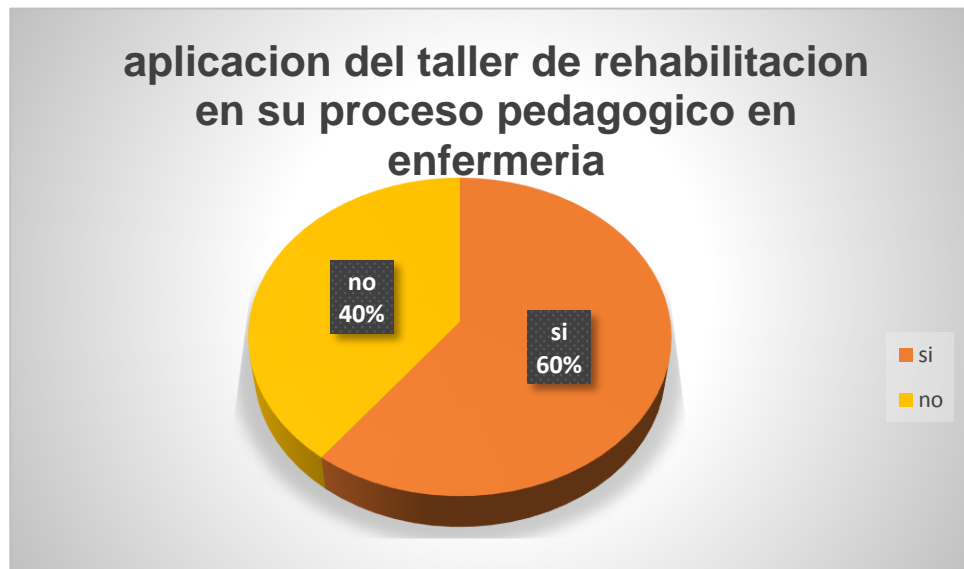
Respecto al cuadro n°2 del grado de instrucción de los encuestados los habitantes de la comunidad estudiaron solo secundaria completa 24 encuestados que equivale a 45%; estudiaron secundaria incompleta 17 encuestados que equivale al 32.1%; estudiaron primaria 10 encuestados que equivale 18.9%; estudiaron superior solo 1 encuestado que equivale al 1.9%; no estudio solo 1 encuestado que equivale al 1% sumando todos los encuestados tiene como resultado el 100% de la población.

Tabla N°2

APLICACIÓN DEL TALLER DE REHABILITACION EN SU PROCESO PEDAGOGICO EN ENFERMERIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	32	60,4	60,4%	60,4%
Válidos NO	21	39,6	39,6%	100,0%
Total	53	100,0	100,0%	

Grafico N°1



INTRPRETACION:

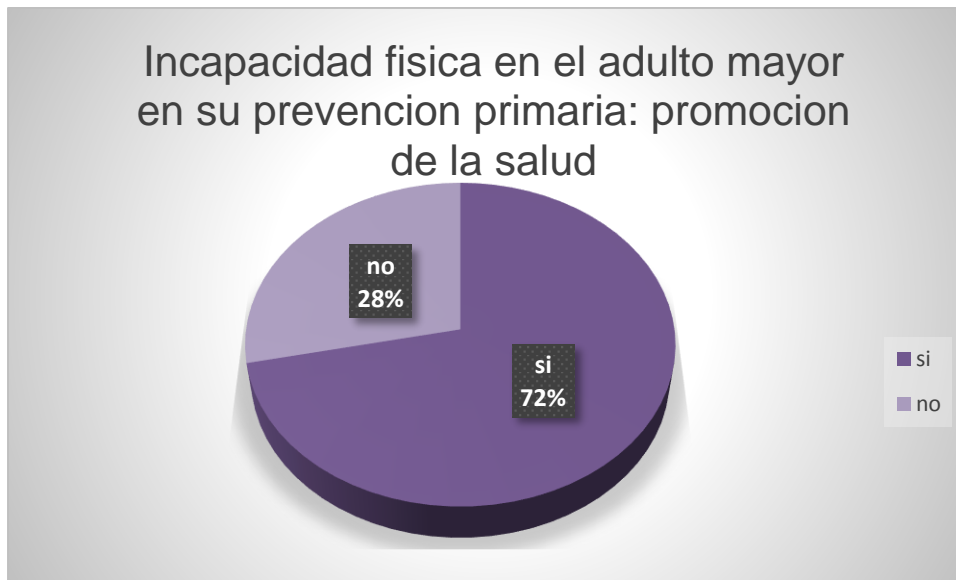
En la tabla adjunta N°03 se observa el valor de la media de la aplicación del taller de rehabilitación en su proceso pedagógico en enfermería el resultado obtenido es de 60;4% representa 32 encuestados aplican y solo el 39;6% equivale a 21 encuestados respondió que no lo aplican.

Tabla N°3

INCAPACIDAD FÍSICA DEL ADULTO MAYOR EN SU PREVENCIÓN PRIMARIA PROMOCIÓN DE LA SALUD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	38	71,7	71,7	71,7
Válidos NO	15	28,3	28,3	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Grafico N°2



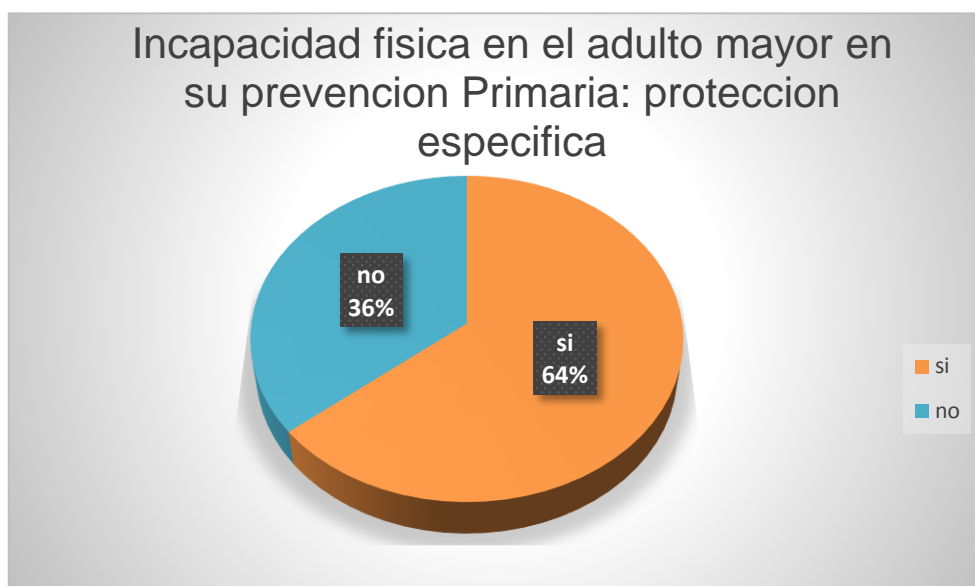
INTRPRETACION: En la tabla adjunta N°03 acerca de la incapacidad física del adulto mayor en su dimensión prevención primaria promoción de la salud; el resultado obtenido es 71,7 % representa el total de 38 encuestados válidos y solo el 28,3% no validos; lo que representa el total del 100%.

Tabla N°4

INCAPACIDAD FISICA EN EL ADULTO MAYOR EN SU PREVENCIÓN PRIMARIA: PROTECCIÓN ESPECÍFICA.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI 34	64,2	64,2	64,2
	NO 19	35,8	35,8	100,0
Total	53	100,0	100,0	

GRAFICO N°3



INTRPRETACION: en la tabla adjunta N°4 acerca de incapacidad del adulto mayor en su prevención primaria protección específica: el resultado obtenido 64.2%; representa un total de 34 encuestados válidos, el 35.8% equivalente a 19 encuestados no validos; lo que hace el total del 100%.

6.1.2 CONSTATACIÓN DE HIPOTESIS

Hipótesis general

HG. - Existe una relación directa y significativa entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.

Correlaciones

	APLICACIÓN DEL TALLER DE REHABILITACION	PREVENCION DE LA INCAPACIDAD FISICA
Correlación de Pearson APLICACIÓN TALLER DE REHABILITACIÓN Sig. (bilateral) N	1 53	,890** 53
Correlación de Pearson PREVENCION DE LA INCAPACIDAD FISICA Sig. (bilateral) N	,890** 53	1 53

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Hipótesis específicas

HE₁- la aplicación del taller de rehabilitación en su desarrollo pedagógico en enfermería y la prevención de la incapacidad física son efectivos para la atención del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros chincha- 2016.

Correlaciones

	APLICACIÓN TALLER DE REHABILITACIÓN	PROCESO PEDAGOGICO EN ENFERMERIA
Correlación de Pearson	1	,795**
Sig. (bilateral)		,000
N	53	53
Correlación de Pearson	,795**	1
Sig. (bilateral)	,000	
N	53	53

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

HE₂ – Existe relación significativa entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física en su nivel primario de promoción de la salud del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.

Correlaciones

	APLICACIÓN DEL TALLER DE REHABILITACION	NIVEL PRIMARIO: EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD
APLICACIÓN DEL TALLER DE REHABILITACION Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 53	,962** 53
NIVEL PRIMARIO: EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,962** 53	1 53

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

HE₃ – Es significativa la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física en su nivel primario de protección específica al adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.

Correlaciones

	APLICACIÓN DEL TALLER DE REHABILITACION	NIVEL PRIMARIO: PROTECCION ESPECIFICA
APLICACIÓN DEL TALLER DE REHABILITACION	1	,782**
		,000
	53	53
NIVEL PRIMARIO	,782**	1
	,000	
	53	53

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

6.1.3. Discusión

Después de la recolección de los datos a través de la aplicación de los instrumentos a los adultos mayores de 65 a 80 años de edad del Asentamiento humano Señor de los Milagros, estos fueron procesados y agrupados de tal forma que los resultados puedan ser representados en gráficos estadísticos siendo susceptibles de análisis e interpretación en concordancia con los objetivos del estudio. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

Respecto al cuadro n°1 del sexo y las edades de los encuestados los habitantes de la comunidad de edades entre 60-65 años 4 de sexo femenino y 3 de sexo masculino, entre las edades de 66 – 71 años de edad 17 son de sexo femenino y 7 son de sexo masculino, entre las edades de 72 – 77 años de edad 9 son de sexo femenino y 4 de sexo masculino, entre las edades 78-83 años de edad 4 solo son de sexo femenino y 5 de sexo masculino, en total 34 son mujeres y 19 varones.

Respecto al cuadro n°2 del grado de instrucción de los encuestados los habitantes de la comunidad estudiaron solo secundaria completa 24 encuestados que equivale a 45%; estudiaron secundaria incompleta 17 encuestados que equivale al 32.1%; estudiaron primaria 10 encuestados que equivale 18.9%; estudiaron superior solo 1 encuestado que equivale al 1.9%; no estudio solo 1 encuestado que equivale al 1% sumando todos los encuestados tiene como resultado el 100% de la población.

En la tabla adjunta N°03 se observa el valor de la media de la aplicación del taller de rehabilitación en su proceso pedagógico en enfermería el resultado obtenido es de 60;4% representa 32 encuestados aplican y solo el 39;6% equivale a 21 encuestados respondió que no lo aplican.

INTRPRETACION: En la tabla adjunta N°03 acerca de la incapacidad física del adulto mayor en su dimensión prevención primaria promoción de la salud; el resultado obtenido es 71,7 % representa el total de 38 encuestados válidos y solo el 28,3% no validos; lo que representa el total del 100%.

INTRPRETACION: en la tabla adjunta N°4 acerca de incapacidad del adulto mayor en su prevención primaria protección específica: el resultado obtenido

64.2%; representa un total de 34 encuestados válidos, el 35.8% equivalente a 19 encuestados no validos; lo que hace el total del 100%.

6.2. CONCLUSIONES

- La aplicación del taller de rehabilitación sobre la prevención de la incapacidad física ha sido efectiva logrando una mayor capacidad tanto física como intelectual en el adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros.
- La aplicación del taller de rehabilitación en su desarrollo pedagógico ha logrado que el adulto mayor se informe y aprenda sobre la prevención de la incapacidad física lo que quiere decir que es significativa.
- Se realizó la aplicación del taller de rehabilitación en la prevención de nivel primario de promoción de la salud; se informó y capacito al adulto mayor sobre los temas que los aquejan para prevenir algún tipo de incapacidad.
- En la aplicación del taller de rehabilitación en su nivel primario de protección específica al adulto mayor se centró en los adultos mayores que padecen enfermedad en fase preclínica se diseñó cuidadosamente el plan terapéutico para evitar complicaciones, mejorando la funcionalidad y aumentando la calidad de vida del paciente.

6.3. RECOMENDACIONES

- Promover la importancia de la aplicación del taller de rehabilitación en la prevención de la incapacidad física, educando y fortaleciendo el conocimiento, tomando en cuenta las costumbres de la población y concientizándola sobre lo fundamental que es esta etapa y adoptar conductas favorables para la salud.

- Implementar sesiones educativas dirigidas exclusivamente a los adultos mayores o encargadas del cuidado del adulto mayor con folletos y videos con la finalidad de garantizar una vida más plena y evitar problemas en el adulto mayor, dichas captaciones se pueden realizar en el salón comunal, donde se puede evaluar dichas conductas, como actividad extramural.
- La institución comprometida debe enfatizar en la promoción de actividades preventivas promocionales interactivas destinadas a fortalecer y fomentar la salud del adulto mayor, así como también, realizar un programa de seguimiento del estado físico, emocional y nutricional, orientado a prevenir trastornos derivados de los problemas mencionados en el adulto mayor.
- Fortaleciendo el conocimiento de los adultos mayores respecto a la incapacidad física tomando en cuenta las principales características demográficas que puedan constituirse en fortalezas o debilidades las cuales deben ser tratadas y superadas a favor del aprendizaje del tema. El Ministerio de Salud, y Centros de Salud se deberían empoderar en cuanto a ofrecer talleres de rehabilitación a la comunidad de los adultos mayores ya que gran porcentaje de dicha población está integrada por habitantes de la tercera edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es en caché para más información puede ponerse en contacto con: who media centre centro de prensa de la oms e-mail: mediainquiries@who.int
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- 2) la salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida. aproximadamente un 15% de ...disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- 3) 25 ago. 2015 - con motivo de celebrarse el día del *adulto* mayor, el instituto nacional de estadística e informática (*inei*) informó que al 2015, la población ... disponible en:
<https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
- 4) *la enfermería en américa latina*. situación actual, áreas críticas y lineamientos para declaraciones 1999 y 2000. ginebra: página. web
http://www.aladefe.org/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.pdf
- 5) 29 abr. 2013 - la rehabilitación geriátrica pretende aprovechar las capacidades residuales y anular secuelas ... la terapia ocupacional en el adulto mayor, está enfocada a proporcionar ...<http://1.bp.blogspot.com/-0bhdg-mhafa>.disponible en:
<http://enfermeriageriatric.blogspot.pe/2013/04/rehabilitacion-del-adulto-mayor.html>
- 6) rehabilitación del adulto mayor: importancia de la rehabilitación en el adulto mayor por parte de terapia física. disponible en:

<http://www.terapia-fisica.com/rehabilitacion-del-adulto-mayor.html>

- 7) el proceso enfermero, [1] también denominado proceso de enfermería (pe) o proceso de atención de enfermería (pae), es un método sistemático de brindar cuidados ...

https://es.wikipedia.org/wiki/proceso_enfermero

- 8) la terapia física tiene gran cantidad de beneficios para aquellos que se encuentran en proceso de recuperación de una lesión o enfermedad. disponible en:

<http://www.salud180.com/salud-z/los-beneficios-de-la-terapia-fisica>

- 9) wikipedia, la enciclopedia libre; la fisioterapia (del griego φυσικς physis, 'naturaleza', y θεραπεία therapéia, 'tratamiento') es una disciplina de la salud que ofrece una alternativa terapéutica; el 22 de julio de 2015. disponible en:

<https://es.wikipedia.org/wiki/fisioterapia>

- 10) www.minsa.gob.pe/.../adultomayor/documentos/02modulos/modulo8.pdf
módulos de valoración clínica módulo rehabilitación en el adulto mayor organización panamericana de la salud oficina regional de la <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/02modulos/modulo8.pdf>

- 11) www.levantatehoy.org/?p=500 en caché

lic. maría guadalupe ramírez salvatierra. gerontóloga. sociedad de gerontogeriatría de jalisco, a.c. recordemos que los adultos mayores nos transmiten valores

<http://www.levantatehoy.org/?p=500>

- 12) <https://vefuentespalacios.files.wordpress.com/2016/11/medidas-de...>

medidas de atención primaria y secundaria en ... de noviembre de 2016]. p. 99. disponible en: ... estado de salud y la calidad de vida de los adultos mayores, ...

<https://vefuentespalacios.files.wordpress.com/2016/11/medidas-de-atencic3b3n-primaria-y-secundaria-en-los-mayores.pdf>

13) https://es.wikipedia.org/wiki/promoci3n_de_la_salud en caché
para perea educación para la salud "es un proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia, ...
https://es.wikipedia.org/wiki/promoci%3%b3n_de_la_salud

14) https://es.wikipedia.org/wiki/prevenci3n_secundaria en caché
prevención primaria (enfermar ausente ... en atención primaria la estrategia más empleada es la detección oportunista o búsqueda activa de casos
https://es.wikipedia.org/wiki/prevenci%3%b3n_primaria

15) es.wikipedia.org/wiki/asistencia_sanitaria en caché
se conoce como asistencia sanitaria en españa, y como atención médica, [1] asistenciamédica, atención sanitaria o atención de salud en algunos países
https://es.wikipedia.org/wiki/asistencia_sanitaria

16) enfermeriatravesdeltiempo.blogspot.com/2009/09/virginia-henderson.html en caché modelo de virginia henderson ... anónimo 30 de septiembre de 2009, 21:04. ... anónimo 7 de noviembre de 2012, 3:09.
<http://enfermeriatravesdeltiempo.blogspot.pe/2009/09/virginia-henderson.html>

- 17) teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/dorothea-orem.html en caché fue directora en la escuela de enfermería y del departamento de de enfermería del hospital de province hospital detroit.
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/dorothea-orem.html>
- 18) teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html en caché nola j. pender, licenciada en enfermería de la universidad de michigan (estados unidos de américa) es reconocida en la profesión por su aporte con el modelo de.
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>
- 19) universidad nacional de la plata escuela de economia de la salud y administracion de organizaciones de salud maestría en ...disponible en:
<http://docplayer.es/16094609-universidad-nacional-de-la-plata.html>
- 20) de np ponce contreras - 2013 - artículos relacionados
page 1. universidad nacional mayor de san marcos. facultad de medicina humana. e.a.p. de tecnología médica. eficacia de un .disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3489/1/ponce_cn.pdf
- 21) de jv zambrano perez - 2013. 28 oct. 1996 - cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión ... además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las ...disponible en:
<http://redi.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3836/1/tesis%20final.pdf>
- 22) dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/6729/1/tesis.pdf
universidad de cuenca facultad de ciencias médicas escuela de medicina prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia sidcay
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/6729/1/tesis.pdf>

- 23) repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9502/1/tesis%20blanca%20piedad%20siza%20velva%202015.pdf
de s velva - 2015 - artículos relacionados
24 feb. 2015 - septiembre del 2014 a febrero del 2015”, de blanca
piedad siza. velva, estudiante de la carrera de enfermería. ambato,
marzo del ...
<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9502/1/tesis%20blanca%20piedad%20siza%20velva%202015.pdf>
- 24) de sm zapata durango - 2013 - citado por 1 - artículos relacionados
... se vuelva rutinario y frío, es decir, un cuidado deshumanizado,
atentando contra la integridad de la persona. uri :
<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/311>.
- 25) de z olivares - 2013 - artículos relacionados
... de los ancianos desamparados”de lima. mayo del 2012. zuñiga
olivares, gustavo herbet. uri:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3195>.
- 26) cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3764/1/soto_cc.pdf
de cl soto casas - 2014 - artículos relacionados
page 1. 1. universidad nacional mayor de san marcos. facultad de
medicina humana. e.a.p. de tecnología medica. “valoración del ...
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3764/1/soto_cc.pdf
- 27) 14 ago. 2015 - factores de riesgo de osteoporosis y calidad de vida en
mujeres mayores de 60 años del centro del adulto ...disponible en:
<https://es.slideshare.net/kellyandia/tesis-de-enfermeria-51635095>
- 28) cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4256/1/tello_sm.pdf
de t salés - 2015 - artículos relacionados

page 1. universidad nacional mayor de san marcos. facultad de medicina. e.a.p. de enfermería. “nivel de satisfacción del
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4256/1/tello_sm.pdf

29) aislamiento - significado de aislamiento diccionario
es.thefreedictionary.com/aislamiento
definición de aislamiento en el diccionario de español en línea.
significado de aislamiento diccionario. traducir aislamiento significado
aislamiento traducción. disponible en:
<http://es.thefreedictionary.com/aislamiento>

30) para mantener estas necesidades en equilibrio y poder desarrollarnos
nace el autocuidado. el autocuidado etimológicamente se presenta
conformado de dos ...disponible en:
<https://es.wikiversity.org/wiki/autocuidado>

31) propiedad de poder contener cierta cantidad de alguna cosa... meaning,
pronunciation, example sentences, and more from oxford dictionaries.
disponible en:
<https://es.oxforddictionaries.com/definicion/capacidad>

32) el siguiente test evalúa el síndrome depresivo. la depresión se puede
describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o
derrumbado. disponible en:
<https://www.psicoadictiva.com/tests/test-depresion.htm>

33) qué es el deterioro cognitivo. cómo prevenirlo de forma natural. el
fenómeno conocido como neurogénesis confirma que generamos
nuevas neuronas, no sólo ... disponible en:
[http://www.unobrain.com/que-es-deterioro-cognitivo-como-prevenirlo-
forma-natural](http://www.unobrain.com/que-es-deterioro-cognitivo-como-prevenirlo-forma-natural)

34) definición de discapacitado en el diccionario de español en línea.
significado de discapacitado diccionario. traducir discapacitado
significado discapacitado...

<http://es.thefreedictionary.com/discapacitado>

35) se denomina enfermedad al proceso y a la fase que atraviesan los
seres vivos ... ante la dificultad para definir en concreto qué es una
enfermedad (dado que cada ... definicion.de: definición de enfermedad.
disponible en:

<http://definicion.de/enfermedad/>

36) el envejecimiento es el resultado de un cambio estructural de la
población que supone un descenso drástico de nacimientos y una
prolongación de la ... disponible en:

<https://es.oxforddictionaries.com/definicion/envejecimiento>

37) en psicología el hábito es cualquier comportamiento repetido
regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es
aprendido, más que innato.

[https://es.wikipedia.org/wiki/h%C3%A1bito_\(psicolog%C3%ada\)](https://es.wikipedia.org/wiki/h%C3%A1bito_(psicolog%C3%ada))

38) 14 sept. 2013 - permitirme expresar mi sentir sobre el concepto de
'independencia'. en principio independencia es 'capacidad para elegir y
actuar con ... disponible en:

<https://javiermarcosangulo.blogspot.pe/2013/09/independencia.html>

39) independiente es alguien o algo que es autónomo y, por lo tanto, que
actúa voluntariamente. en otras palabras, lo independiente es lo
opuesto a lo ... disponible en:

<https://definicion.mx/independiente/>

40) falta de estabilidad: inestabilidad (en desuso). en física, la incapacidad de un cuerpo para mantener o recuperar el equilibrio. la alteración constante o ...disponible en:

<https://www.biodic.net/palabra/inestabilidad/#.wnkujvu1-m8>

41) dle.rae.es/srv/search?m=30&w=invalidéz en caché

invalidéz. 1. f. cualidad de inválido. 2. f. en las relaciones laborales o funcionariales, situación de incapacidad total o parcial. real academia española ...

<http://www.rae.es/search/node/invalidéz>

42) la logopedia, conocida en américa latina como fonoaudiología, es el conjunto de ... definicion.de:definición; de logopedia; disponible en:

<http://definicion.de/logopedia/>) ...<http://definicion.de/logopedia/>

43) 12 ene. 2015 - estamos hablando de aspectos micro y macro sociales. microsociales: se esta estudiando la conducta especifica de un ... social, sociedad, sociedad comunitaria, trabajo social porirantzulau blog de wordpress.com. disponible en:

<https://irantzulau.wordpress.com/2015/01/12/aspectos-macrosociales-y-microsociales/>

44) rehabilitación. 1. f. acción y efecto de rehabilitar . 2. f. der. acción de reponer a alguien en la posesión de lo que le había sido desposeído . 3. f. der. disponible en:

<http://dle.rae.es/?id=vkt0wou>

45) el sedentarismo es el estilo de vida más cotidiano que incluye poco ejercicio, suele aumentar el régimen0 de problemas de salud, especialmente aumento de ... disponible en:

[https://es.wikipedia.org/wiki/sedentarismo_\(estilo_de_vida\)](https://es.wikipedia.org/wiki/sedentarismo_(estilo_de_vida))

46) los trastornos del sueño o desórdenes del sueño (también conocidos con el nombre de enfermedades del sueño o incluso trastornos del dormir, según el país ... disponible en:

https://es.wikipedia.org/wiki/trastorno_del_sue%C3%B1o

47) definición de terapia física » concepto en definición abc. www.definicionabc.com › salud; la palabra terapia indica a aquella parte dentro de la medicina que se ocupa especialmente del tratamiento de las enfermedades, mientras que la palabra ...disponible en:

<http://www.definicionabc.com/salud/terapia-fisica.php>

48) www.who.int/disabilities/care/es/

en el mundo hay aproximadamente mil millones de personas con discapacidad, de las que la mayoría carece de acceso a una atención médica y a servicios de ...

<http://www.who.int/disabilities/care/es/>

49) se entiende por incapacidad física la pérdida parcial o total de la capacidad innata de un individuo, ya sea por causas relacionadas con enfermedades ...

https://es.wikipedia.org/wiki/incapacidad_f%C3%ADsica

ANEXOS

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO. PRUEBA DE KUDER RICHARSON

PARA

D

Dimensión

R30 Confiabilidad

Desarrollo pedagógico en enfermería	1	.795	Aceptable
Nivel primario de promoción de la salud	1	.962	Aceptable
Nivel primario de protección específica	1	.782	Aceptable

COEFICIENTE ALFA CRONBACH

$$\alpha = \frac{N}{(N-1) \left[1 - \frac{\sum s^2(Y_i)}{s_x^2} \right]}$$

Donde:

N = número de ítems

$\sum s^2(Y_i)$ = Sumatoria de la varianza de los ítems

s_x^2 = Varianza de toda la dimensión

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1 y es mayor que 0.5, por lo cual la confiabilidad del instrumento es **Aceptable**, tomando en cuenta todos los ítems de cada dimensión.

CRITERIO	JUICIO DE EXPERTOS			PRUEBA BINOMIAL p
	EX P 1	EX P 2	EX P 3	
1. ¿Los ítems del instrumento de	1	1	1	0.031850

recolección esta orientados al problema de investigación				
2. ¿En el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?	1	1	1	0.032650
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitará el logro de los objetivos de la investigación?	1	1	1	0.031250
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	1	1	1	0.031250
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems e el instrumento de recolección?	1	1	1	0.031250
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitará el análisis y procesamiento?	1	1	1	0.031950
7. Eliminaría algún ítem del instrumento de recolección de datos?	1	1	1	0.031250
8. ¿Agregaría algún ítem al instrumento de recolección de datos?	1	0	1	0.156250
9. ¿El diseño del instrumento de recolección será accesible a la población sujeto de estudio?	1	1	1	0.042250
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento es clara, sencilla y precisa para la investigación?	1	1	1	0.031050

$$\sum p_i$$

0.451

0 = Si la respuesta es negativa
1 = Si la respuesta es positiva
n = Número de expertos

$p =$ Número de criterios

Prueba binomial = 0,451 = 0,045

Según el resultado de la Prueba Binomial se encuentra concordancia entre el juicio de expertos al hallar una $p = <0,05$.

Por tanto, se concluye que el instrumento es válido.

ANEXO 1
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	FUENTE
VARIABLE 1: Aplicación del taller de rehabilitación.	<p>Son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social.⁴⁸</p> <p>pérdida parcial o total de la capacidad in</p>	<p>La aplicación del taller de rehabilitación lo llevaremos a cabo a través de terapias físicas, masajes, técnicas de rehabilitación, caminatas, ya que esto ayudar a una mejor calidad de vida, a elevar su autoestima y sentirse mejor. Al adulto mayor se le realizo terapia física, terapia emocional, actividades sociales ya que los adultos mayores están expuestos a la depresión, y tristeza y estas actividades les ayudo a despejar sus mentes y sentirse mejor.</p>	<p>PROCESO PEDAGOGICO EN ENFERMERIA</p> <p>PREVENCION PRIMARIA</p>	<p>Planificación Ejecución</p> <p>Promoción de la salud</p> <p>Protección específica</p>	Ordinal	Encuesta	<p>Adultos mayores</p> <p>adultos mayores</p>

<p>VARIABLE 2: PREVENCIÓN DE INCAPACIDAD FÍSICA DEL ADULTO MAYOR.</p>	<p>nata de un individuo, ya sea por causas relacionadas con enfermedades congénitas o adquiridas, o por lesiones que determinan una merma en las capacidades de la persona, especialmente en lo referente a la anatomía y la función de un órgano, miembro o sentido.⁴⁹</p>	<p>La incapacidad física es el deterioro funcional de sus capacidades, afecta al adulto mayor y aleja de la sociedad disminuyendo su estado emocional y psicosocial. Es necesario prevenir la incapacidad en los adultos mayores para mejorar su calidad de vida en todo su aspecto.</p>			<p>Ordinal</p>	<p>Guía de observación</p>	
--	--	--	--	--	----------------	----------------------------	--

ANEXO 2

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ENFERMERIA FILIAL CHINCHA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: Aplicación del taller de rehabilitación relacionado con la prevención de la incapacidad física del adulto mayor de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros -CHINCHA – 2016

RESPONSABLE: Peña Arias Cinthia Leonor

DEFINICION DEL PROBLEMA	OBEJETIVOS	HIPOTESIS	CLASIFICACION DE VARIABLES	METODOLOGIA POBLACION Y MUESTRA	INSTRUMENTO
<p>Problema general:</p> <p>Nuestro problema central lo formulamos de la siguiente manera</p> <p>PG. ¿Cuál es la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física</p>	<p>Objetivo General</p> <p>OG. - .</p> <p>Determinar la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>HG. Existe una relación directa y significativa entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención</p>	<p>Variable1 : aplicación del taller de rehabilitación física</p> <p>Dimensión de V1: Proceso pedagógico en</p>	<p>Nivel de investigación:</p> <p>Descriptiva</p> <p>Correlacionar</p> <p>Método</p> <p>Es esencialmente empírico positivista.</p> <p>Diseño</p>	<p>CUESTIONARIO</p>

<p>del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>PE1. ¿Cuál es la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación en su desarrollo pedagógico en enfermería y la prevención de la incapacidad física del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los</p>	<p>la incapacidad física del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016</p> <p>Objetivo Específico</p> <p>OE1. Identificar la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación física en su</p>	<p>de la incapacidad física del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>HE1. Existe relación directa entre la aplicación del taller de rehabilitación en su desarrollo pedagógico en enfermería y la</p>	<p>enfermería</p> <p>Variable2 : prevención de la incapacidad física.</p> <p>Dimensión de V2: Prevención primaria</p>	<p>Correlacional, dadas las características de la investigación.</p> <p>POBLACION: está constituida por 191 pobladores.</p> <p>Muestra: 53.</p>	
---	---	--	---	---	--

<p>Milagros Chincha_2016?</p> <p>PE2 ¿Cuál es la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física en su nivel primario: en la promoción de la salud del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016?</p>	<p>desarrollo pedagógico en enfermería y la prevención de la incapacidad del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016 .</p>	<p>prevención de la incapacidad física del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.</p>			
<p>PE3 ¿Cuál es la relación que existe entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la</p>	<p>OE2. Relacionar la relación que existe entre la aplicación del taller de</p>	<p>HE2. Existe relación entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física en su nivel primario: en la</p>			

<p>incapacidad física en su nivel primario: en la protección específica del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016?</p>	<p>rehabilitación y la prevención de la incapacidad física en su nivel primario: en la promoción de la salud del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016</p> <p>·</p> <p>OE3. Relacionar la relación que</p>	<p>promoción de la salud del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.</p> <p>HE3 Existe relación entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física en su nivel primario: en la protección</p>			
--	--	---	--	--	--

	<p>existe entre la aplicación del taller de rehabilitación y la prevención de la incapacidad física en su nivel primario: protección específica del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016</p>	<p>específica del adulto mayor de 65 a 80 años de edad de la primera etapa del Asentamiento humano Señor de los Milagros Chincha_2016.</p>			
--	---	--	--	--	--

ANEXO 3

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

A.- RECURSOS

1. POTENCIAL HUMANO

- ✓ Investigadora:
 - Bach. Peña Arias Cinthia.
- ✓ Asesor estadístico.
- ✓ Asesor de tesis de investigación.
- ✓ Asesor de sistemas.

2. INSTITUCIONALES

- ✓ Universidad Inca Garcilaso De la Vega
- ✓ Centro poblado Asentamiento humano Señor de los milagros

3. MATERIALES

- ❖ Computadora
- ❖ Impresora
- ❖ Papel Bond A4 80 gr.
- ❖ Archivador
- ❖ Memoria USB
- ❖ Lapicero rojo, azul y negro
- ❖ Correctores
- ❖ Resaltadores
- ❖ Lápices
- ❖ Tajador
- ❖ Borradores
- ❖ Regla
- ❖ Perforador

- ❖ Engrapador
- ❖ Grapas
- ❖ Fólderes
- ❖ Foster
- ❖ Empastado

B.- PRESUPUESTO

DESCRIPCIÓN	UNID AD	CANTID AD	COSTO POR UNIDAD	COS TO TOTAL
SALARIOS	Unida	1	500	500
➤ Asesor estadístico	d			
➤ Asesor de la investigación	Unida	1	500	500
PASAJES	d			
➤ Transporte local		300	1.00	300.00
MATERIAL	Pasaje	2	20.00	
➤ Papel bond		1	15.00	40.00
➤ Memoria USB	millar	1	10.00	17.00
➤ Perforador	unidad	1	5.00	10.00
➤ Engrapador	unidad	1	3.00	8.00
➤ Grapas	caja	50	1.00	3.00
➤ Lapicero rojo, azul, negro	unidad			50.00
➤ Correctores	Unida	3	2.50	
➤ Resaltador	d	3	2.00	7.50
➤ Lápicos	unidad	3	1.00	7.50
			1.00	3.00

➤ Borrador	unidad	3	3.00	3.00
➤ Regla	unidad	3	1.00	9.00
➤ Tajador	unidad	1	4.50	3.00
➤ Archivador	Unida	190	0.20	4.50
➤ Impresión	d	6	15.00	380
➤ Empastado	unidad	25	0.60	90.00
➤ Fólderes	unidad	25	0.20	15.00
➤ Foster	hoja			5.00
	unidad			
SERVICIOS	unidad	100	1.00	
➤ Internet	unidad	100	0.50	100.0
➤ Llamadas telefónicas				0
		300	0.10	50.00
➤ Copias	horas			
	llamad			30.00
	as			
	copias			
TOTAL				2330
				s/

INSTRUMENTO

TITULO DEL PROYECTO

APLICACIÓN DEL TALLER DE REHABILITACION RELACIONADO CON LA PREVENCIÓN DE LA INCAPACIDAD FISICA DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO SEÑOR DE LOS MILAGROS CHINCHA - 2015

CUESTIONARIO

Buenos días, es grato dirigirme a Ud. para saludarlo(a) y solicitar su apoyo en la resolución de un cuestionario el cual corresponde a una investigación cuyo objetivo es:

INSTRUCCIONES: Esta encuesta está formulada de forma anónima y el contenido es estrictamente confidencial. Le agradeceríamos nos conteste con veracidad para lograr una buena investigación.

1.-DATOS GENERALES

EDAD

GRADO DE INSTRUCCIÓN

SEXO

DIRECCION

II. INFORMACIÓN RESPECTO A LA APLICACIÓN DEL TALLER DE REHABILITACION:

De acuerdo al conocimiento que tenga respecto al tema de residuos marque en cada pregunta la alternativa que Ud. crea es la correcta:

PROCESO PEDAGOGICO EN ENFERMERÍA

1. **¿le gustaría que le brinden información con materiales educativos como trípticos folletos acerca de los beneficios de los talleres de rehabilitación físicas?**
 - a) Si
 - b) No
2. **¿sabe usted que es incapacidad física?**
 - a) Si
 - b) No
3. **¿asistiría usted a las charlas que se realicen en su comunidad?**
 - a) Si
 - b) No
4. **¿le gustaría saber que enfermedades afectan a los adultos mayores?**
 - a) Si
 - b) No
5. **¿le gustaría mejorar su calidad de vida?**
 - a) Si
 - b) No
6. **¿le gustaría saber sobre los beneficios del ejercicio físico en los adultos mayores?**
 - a) Si
 - b) No

PREVENCIÓN PRIMARIA: promoción de la salud

7. **¿Usted nos ayudaría a promocionar los talleres de ejercicio físico que se realice en su comunidad?**
 - a) Si
 - b) No
8. **¿cree usted que hacer ejercicio físico previene algunas enfermedades?**
 - a) Si
 - b) No

9. ¿actualmente sufre de alguna enfermedad que le afecte al caminar o realizar sus actividades diarias?

- a) Si
- b) No

10. ¿usted sabe porque es importante la aplicación de talleres de rehabilitación en su comunidad?

- a) Si
- b) No

11. ¿ha realizado algún tipo de ejercicio físico en esta semana?

- a) Si
- b) No

12. ¿usted cree que los ejercicios físicos ayudan en la incapacidad física?

- a) Si
- b) No

13. ¿usted cuenta con el apoyo de sus familiares?

- a) Si
- b) No

14. ¿usted se siente bien emocionalmente?

- a) Si
- b) No

15. ¿sabe usted que la inactividad física conlleva a un gran número de enfermedades?

- a) Si
- b) No

PROMOCION PRIMARIA: protección especifica

16. ¿sufre de alguna enfermedad?

- a) Si
- b) No

17. ¿usted tiene una alimentación adecuada?

- a) Si
- b) No

18. ¿se ha sentido bien físicamente al realizar una actividad diaria?

- a) Si
- b) No

19. ¿En general usted diría que su salud es buena?

- a) Si
- b) No

20. ¿Sabía usted que aplicando y realizando ejercicios físicos mejora su calidad de vida?

- a) Si
- b) No

21. ¿sabe usted que a su edad es necesario realizar ejercicios físicos?

- a) Si
- b) No

22. ¿cree usted que hacer ejercicio físico le ayudara a sentirse mejor emocionalmente?

- a) Si
- b) No

23. ¿usted cree que, al realizar esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores le limita mucho?

- a) Si
- b) No

24. ¿ha tenido algún tipo de problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud?

- a) Si
- b) No

25. ¿su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- a) Si
- b) No

26. ¿usted se siente excluido de la sociedad?

- a) Si
- b) No

27. ¿se siente sobreprotegido o abandonado por su entorno familiar?

- a) Si
- b) No

28. ¿usted al caminar necesita algún objeto de apoyo?

- a) Si
- b) No

29. ¿usted puede recordar acontecimientos importantes?

- a) Si
- b) No

30. ¿sabía usted que el ejercicio físico refuerza la actividad intelectual?

- a) Si
- b) No



