



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA FÍSICA**

TEMA:

ACTIVIDADES FISIOTERAPÉUTICAS CON CARÁCTER LÚDICO EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 65-80 AÑOS DE EDAD CON DÉFICIT DE EQUILIBRIO Y MARCHA EN EL HOGAR SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2016 - FEBRERO 2017.

AUTORAS:

JOSELLIN KARIME, FERNÁNDEZ ORDINOLA

GIUSSETT ADRIANA, HENRÍQUEZ TORRES

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS EN TERAPIA FÍSICA**

TUTORA:

GRIJALVA GRIJALVA, ISABEL ODILA

Guayaquil, Ecuador

15 de marzo del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA FÍSICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Josellin Karime, Fernández Ordinola y Giussett Adriana, Henríquez Torres**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciadas en Terapia Física**

TUTORA

f. _____

Grijalva Grijalva, Isabel Odila

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 15 días del mes de marzo del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA FÍSICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Josellin Karime, Fernández Ordinola y Giussett Adriana,**
Henríquez Torres

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico en pacientes adultos mayores de 65-80 años de edad con déficit de equilibrio y marcha en el Hogar San José de la ciudad de Guayaquil durante el periodo octubre 2016 - febrero 2017**, previo a la obtención del Título de **Licenciadas en Terapia Física**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 15 días del mes de marzo del año 2017

LAS AUTORAS

f. _____

**Josellin Karime, Fernández
Ordinola**

f. _____

**Giussett Adriana, Henríquez
Torres**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA FÍSICA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Josellin Karime, Fernández Ordinola y Giussett Adriana,**
Henríquez Torres

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico en pacientes adultos mayores de 65-80 años de edad con déficit de equilibrio y marcha en el Hogar San José de la ciudad de Guayaquil durante el periodo octubre 2016 - febrero 2017**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 15 días del mes de marzo del año 2017

LAS AUTORAS

f. _____

**Josellin Karime, Fernández
Ordinola**

f. _____

**Giussett Adriana, Henríquez
Torres**

REPORTE DE URKUND

URKUND

Documento [Tesis de Fernandez-Henriquez Febrero28.docx \(D2606812\)](#)

Presentado 2017-02-28 17:23 (-05:00)

Presentado por joshita02@hotmail.com

Recibido isabelgrjalva.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje Tesis [Mostrar el mensaje completo](#)

5% de esta aprox. 26 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 9 fuentes.

Lista de fuentes	Bloques
+	Categoría
+	Enlace/nombre de archivo
+	enviar tesis.docx
+	RAMOS CORTES, Esther.pdf
+	TESIS POSI 1.doc
+	http://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-...
+	https://prezi.com/9nhdrqr6/uv/pabel-de-la-fisioterapia-en-salud-ocupacional/
+	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1104-0916000200125

38% #1 Activo

Nosotros, JOSELLIN KARIME FERNANDEZ ORDINOLA, GIUSSETT ADRIANA HENRIQUEZ TORRES

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, "Actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico en pacientes adultos mayores de 65-80 años de edad con déficit de equilibrio y marcha en el Hogar San José de la ciudad de Guayaquil del período Noviembre-2016 - Febrero-2017.", previo a la obtención del Título de Licenciadas en Terapia Física, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 24 del mes de Febrero del año 2017

LAS AUTORAS

f. _____ JOSELLIN KARIME FERNANDEZ ORDINOLA f. _____ GIUSSETT ADRIANA HENRIQUEZ TORRES

AGRADECIMIENTO

Para nuestra tutora la Dra. Isabel Grijalva, gracias por su apoyo incondicional hacia nosotras, por ser una guía excepcional en nuestro trabajo de titulación y poder cumplir todos nuestros objetivos para el proyecto que implementamos.

A la Institución religiosa Hogar San José y sus respectivas dirigentes, les agradecemos por abrirnos las puertas de la institución y permitirnos realizar nuestro trabajo de titulación.

A la Lcda. Alma Aguirre encargada del área de terapia física, gracias por abrirnos las puertas de su área de trabajo y ser tan amable con nosotras mostrándonos todos sus conocimientos y consejos a la hora de realizar nuestro trabajo de tesis.

A nuestros adultos mayores del Hogar San José por apoyarnos y participar en las actividades de nuestro trabajo de titulación.

Giussett Henríquez

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso por haberme permitido alcanzar mi objetivo planteado que parecía imposible, superando todos los obstáculos que se me presentaron durante mis estudios.

A mis adorables padres, en su apoyo moral, espiritual que supieron darme.

Así mismo agradezco a la Universidad Católica que ha impartido mediante su personal técnico y administrativo mi preparación para llegar a un feliz término.

A mis primas, amigas y compañeros que supieron apoyarme en los momentos que más necesitaba.

A todos los docentes que compartieron sus valiosos conocimientos mediante el proceso educativo en especial a la Dra. Isabel Grijalva tutora de nuestro proyecto de tesis.

A todos y cada uno de ellos mis más profundos agradecimientos que Dios ilumine a todos.

Josellin Fernández

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi Dios por siempre tenerme presente y nunca desampararme, al amor de mi vida mi madre por ser el pilar fundamental en mi vida y el mayor motivo de terminar mi carrera.

A mi padre por siempre darme su apoyo y empujarme para que siga estudiando, a mi novio gracias por darme tu apoyo incondicional y darme fuerzas para terminar mi carrera.

A mi tío por ser unas de las personas que más me apoyo en mis estudios, a mi hermano por siempre estar ahí conmigo, a mis tías Wuendy, Marcia y Sara por darme su amor incondicional.

A mi amiga y colega Josellin Fernández por brindarme tu amistad y siempre estar conmigo en las buenas y malas te quiero mucho.

A todas estas personas gracias por creer en mí y darme todo el apoyo que me empujo a seguir adelante y culminar mi carrera universitaria.

Giussett Henríquez

DEDICATORIA

Con mucho cariño dedico el presente trabajo a nuestro padre Dios por darme la vida y sabiduría para poder realizarlo.

A mis queridos y agradecidos padres Víctor y Karime, quienes me brindaron el apoyo y protección en forma incondicional.

A mis familiares, amigos y a mi compañera Giussett Henríquez, que cada uno de ellos me apoyaron dando fortaleza, para continuar por el sendero del acierto, la honradez, responsabilidad y honestidad.

Josellin Fernández



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA FÍSICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
ISABEL ODILA GRIJALVA GRIJALVA
TUTORA

f. _____
MARIA NARCISA ORTEGA ROSERO
MIEMBRO I DEL TRIBUNAL

f. _____
TANIA MARIA ABRIL MERA
MIEMBRO II DEL TRIBUNAL

f. _____
SHEYLA ELIZABETH VILLACRÉS CAICEDO
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁG.
AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VIII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	X
ÍNDICE GENERAL.....	XI
ÍNDICE DE FIGURA	XIV
ÍNDICE DE TABLAS	XV
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XVI
RESUMEN	XVII
ABSTRACT	XVIII
INTRODUCCIÓN	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Formulación del problema.....	7
2. OBJETIVOS	8
2.1. Objetivo General	8
2.2. Objetivos Específicos.....	8
3. JUSTIFICACIÓN	9
4. MARCO TEÓRICO.....	10
4.1. Marco Referencial.....	10
4.2. Marco Teórico	13

4.1.1.	Adulto mayor.....	13
4.1.2.	Modalidades de atención para población adulta mayor.....	14
4.1.3.	Trastornos de la marcha.....	14
4.1.4.	Déficit de marcha.....	16
4.1.5.	Factores fisiológicos de la marcha en el adulto mayor.	16
4.1.6.	Efectos de la edad en la marcha.	17
4.1.7.	Tipos de marcha.	20
4.1.8.	Clínica.....	25
4.1.9.	Actividades Lúdicas.	26
4.1.10.	Importancia de las actividades lúdicas.	27
4.1.11.	Beneficios de la actividad lúdica en los adultos mayores.	29
4.1.12.	Descripción de los materiales para las actividades lúdicas.	29
4.2.12.1	<i>Actividades con conos.</i>	<i>29</i>
4.2.12.2.	<i>Actividades con pelotas.</i>	<i>30</i>
4.2.12.3.	<i>Actividades con el disco de propiocepción.....</i>	<i>30</i>
4.2.12.4.	<i>Actividades en rampa y paralela.</i>	<i>31</i>
4.2.12.5.	<i>Actividades con ula ula.</i>	<i>31</i>
4.2.12.6.	<i>Actividades con pelota de Bobath.....</i>	<i>32</i>
4.2.13.	Instrumento de evaluación -Test de Tinetti.	32
4.2.14.	Instrumento de evaluación – Índice de Barthel.	33
5.	FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	34
6.	IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES.....	35
7.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	36

7.1. Justificación de la Elección del Diseño	36
7.2. Población y Muestra	37
7.2.1. Criterios de Inclusión.	37
7.2.2. Criterios de Exclusión.	37
7.3. Técnicas e Instrumentos de la Recogida de Datos.....	38
7.3.1 Técnicas.	38
7.3.2 Instrumentos.	38
7.3.2.1. <i>Test de Tinetti en equilibrio.</i>	39
7.3.2.2. <i>Test de Tinetti en la marcha.</i>	40
7.3.2.3. <i>Materiales a utilizar.</i>	41
7.3.3. Índice de Barthel.	41
8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	42
9. CONCLUSIONES	50
10. RECOMENDACIONES.....	51
11. PRESENTACIÓN DE PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	61
ANEXOS.....	64

ÍNDICE DE FIGURA

CONTENIDO

PÁG.

Figura N°1: Beneficios de las actividades lúdicas en el A.M. 28

ÍNDICE DE TABLAS

CONTENIDO	PÁG.
Tabla N° 1: Género	41
Tabla N° 2: Edad.....	42
Tabla N° 3: Test de Tinetti inicial de equilibrio	43
Tabla N° 4: Test de Tinetti final de equilibrio.....	44
Tabla N° 5: Test de Tinetti inicial de marcha.....	45
Tabla N° 6: Test de Tinetti final de la marcha	46
Tabla N° 7: Test de Tinetti (marcha y equilibrio)	47
Tabla N° 8: Índice de Barthel	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CONTENIDO	PÁG.
Gráfico N° 1: Género.....	41
Gráfico N° 2: Edad.....	42
Gráfico N° 3: Test de Tinetti inicial de equilibrio.....	43
Gráfico N° 4: Test de Tinetti final de equilibrio.....	44
Gráfico N° 5: Test de Tinetti inicial de marcha.....	45
Gráfico N° 6: Test de Tinetti final de la marcha.....	46
Gráfico N° 7: Test de Tinetti (marcha y equilibrio).....	47
Gráfico N° 8: Índice de Barthel.....	48

RESUMEN

Introducción: Las condiciones del adulto mayor, se ven deterioradas por el paso del tiempo y se vuelven en muchos casos limitantes que afectan su vida cotidiana pero sobretodo afectan su integridad y su inclusión en lo laboral y en lo social. La marcha y el equilibrio son una de las principales alteraciones que se deterioran sin reversa, de ellas depende que el adulto mayor pueda desenvolverse activamente valiéndose por sí mismo. **Objetivo:** Demostrar que las actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico mejoran el equilibrio y marcha en el adulto mayor de 65-80 años de edad en el Hogar San José de la ciudad de Guayaquil. **Metodología:** Este estudio de investigación se realizó con un enfoque cuantitativo de diseño de tipo pre-experimental con una muestra probabilística de 40 adultos mayores evaluadas con el Test de Tinetti e Índice de Barthel. **Resultados:** El análisis de estos datos nos permite determinar que dentro del grupo femenino que participó de las actividades se evidenció que un 80 % de ellas mejoró su marcha y equilibrio mediante toda la práctica realizada. Y dentro del grupo de hombres, se evidenció que un 60% obtuvo un mejor desempeño en su marcha. **Conclusión:** Mediante las actividades lúdicas mejoraron su independencia, movilidad y agilidad, evitando el deterioro progresivo de la condición física funcional, realizando ejercicios de equilibrio y marcha que ayudan a disminuir el riesgo de caídas y prevenir lesiones en el adulto mayor. **Recomendación:** Solicitar requerimiento personal de apoyo e instrumentos necesarios para la realización de las actividades planteadas en este proyecto de tesis realizadas en el Hogar San José.

Palabras Claves: ADULTO MAYOR; EJERCICIOS; ACTIVIDADES LÚDICAS; MARCHA; EQUILIBRIO; DEPENDENCIA FUNCIONAL.

ABSTRACT

Introduction: The conditions of the older adult, are deteriorated by the passage of time and become in many cases limiting that affect their daily life but above all affect their integrity and their inclusion in the work and social. The gait and the balance are one of the main alterations that deteriorate without reverse, of them depends on that the older adult can be active acting by itself. Objective: To demonstrate that physiotherapeutic activities with a playful character improve the balance and gait in the adult older than 65-80 years of age in Hogar San José in the city of Guayaquil. Methodology: This research study was carried out with a quantitative approach of pre-experimental design with a probabilistic sample of 40 older adults evaluated with the Tinetti Test and index Barthel. Results: The analysis of these data allows us to determine that within the female group that participated in the activities it was evidenced that 80% of them improved their gait and balance through the whole practice. And within the group of men, it was evidenced that 60% obtained a better performance in their march. Conclusion: Through recreational activities, they improved their independence, mobility and agility, avoiding the progressive deterioration of functional physical condition, performing balance and gait exercises that help decrease the risk of falls and prevent injuries in the elderly. Recommendation: Request personal support request and necessary instruments to carry out the activities proposed in this thesis project carried out in the San José Home.

Keywords: OLDER ADULT; EXERCISES; PLAY ACTIVITIES; GAIT; BALANCE; FUNCTIONAL DEPENDENCE.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es la etapa de cada ser humano lo cual presentan diversas alteraciones según el estado físico y funcional del adulto mayor afectan directamente a su estado de salud física y psicológica, siendo inevitables los cambios progresivos y degenerativos que sufren, perdiendo la posibilidad, en algunos casos, de realizar actividades físicas que cumplían habitualmente.

Sin embargo, estos efectos, con voluntad y actitud se pueden desacelerar manteniendo una rutina de alimentación, cuidado y ejercicios que pueden ayudar a mejorar la condición física, el estado mental y los niveles de presión arterial de los adultos mayores.

El trabajo de investigación está enfocado en las actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico que ayudan a mejorar equilibrio y la marcha del adulto mayor con el fin de evitar caídas.

El proyecto investigativo será efectuado en el Hogar San José, ubicado en la Kennedy av. Plaza Dañín, son una institución religiosa sin ánimo de lucro con la exclusiva misión de atender a los adultos mayores que necesiten protección, asistencia física, moral y social.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC., 2011), en Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 65 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. Otros datos relacionados revelan que el 11 % de estos adultos mayores viven solos y se aumenta en la Costa con un 12.4 %, un 81 % de ellos dice estar satisfecho con su vida, sin embargo un 28 % dice sentirse desamparado y un 46 % piensa que algo malo le puede suceder.

Es importante indicar que la satisfacción en la vida de un adulto mayor ecuatoriano aumenta cuando vive acompañado de alguien (73% cuando vive solo y 83 % cuando vive acompañado). Un 69 % de ellos requiere atención médica al menos una vez al mes, mayoritariamente en los hospitales, subcentros de salud y consultorios particulares.

Las enfermedades más comunes por las que son atendidos los adultos mayores son: osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%). El 42 % de adultos mayores no trabaja y su nivel de educación es primario. Muchos de ellos dejaron de trabajar por problemas de salud 50% (INEC., 2011).

En nuestro país se han establecido varios programas desde el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional basados en las políticas de igualdad y en los preceptos emanados desde la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL., 2016).

El estudio de salud del adulto mayor está directa e íntimamente ligado a la calidad de vida, y debe realizarse en función de la repercusión funcional de la enfermedad sobre el individuo. Uno de cada tres adultos mayores presenta algún tipo de enfermedad crónica. Las más frecuentes son las enfermedades cardíacas, cáncer, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades pulmonares, diabetes, hipertensión arterial, deterioro cognitivo y depresión. Una alta proporción de adultos mayores, presentan trastornos visuales, trastornos auditivos así como alteraciones que influyen negativamente en su calidad de vida o en su funcionamiento diario. La frecuencia, severidad y discapacidad provocada por las enfermedades crónicas aumenta conforme se incrementa la edad del adulto mayor. (SABE, 2013)

Un gran grupo de adultos mayores, se ven abandonados por sus familiares en casas de salud o retiro, hospicios y hogares donde los acogen. En el Hogar San José, ubicado en el norte de la ciudad de Guayaquil (Av. Carlos Luis Plaza Dañín), se atiende alrededor de 180 adultos mayores. Aquí reciben alimentación diaria se los cuida en sus necesidades básicas. Este Hogar se solventa con las donaciones que recibe de las Instituciones y de familiares de los pacientes. El Hogar tiene un programa importante que es rehabilitación física, que brindan terapia que los ayudan a mantenerse activos. (Aventurate., 2011)

Los trastornos de la marcha son un problema frecuente en las personas mayores. Son causa de limitación de actividades al perder la deambulaci3n independiente, aumentan la morbilidad. La preservaci3n de la marcha es uno de los requisitos m3s importantes para una vejez satisfactoria.

La marcha tiene dos componentes principales: equilibrio y locomoción. El equilibrio es la capacidad de adoptar la posición vertical y de mantener la estabilidad. La locomoción es la capacidad para iniciar y mantener un paso rítmico. Estos componentes de la marcha son diferentes pero están interrelacionados.

Diferentes estudios han señalado que en relación con la edad avanzada aparece pérdida de fuerza en los miembros inferiores, deterioro de la sensibilidad vibratoria y de la visión, especialmente de la periférica. Los cambios musculoesqueléticos que ocurren con la edad y el declinar del estado cardiovascular también deben ser tomados en cuenta (Franch, 2016)

La inestabilidad y caídas en el adulto mayor se han constituido en una patología de gran interés en medicina debido a su alta prevalencia en este grupo etario, teniendo gran impacto en la calidad de vida en los pacientes y en ocasiones provocando lesiones que llevan a la incapacidad o la muerte.

Los factores que intervienen están vinculados a:

- Alteraciones en los receptores involucrados en el sistema del equilibrio, fundamentalmente la visión y los receptores vestibulares.
- Alteraciones en la ejecución motora tanto en el control postural como en la marcha, que son fenómenos vinculados a patología musculoesquelética.
- Patología neurológica asociada.
- Déficit cognitivos.
- La administración no controlada de drogas psicoactivas (Suarez, 2009).

Es importante para el adulto mayor, contar con terapias lúdicas que le permitan mantener en buena forma su equilibrio y su marcha, aspectos fundamentales para realizar las actividades de la vida diaria y mantener independencia. Estas terapias les permitirían, mantenerse en forma, manejar de mejor manera el equilibrio que por efectos de envejecimiento se ven afectados y trabajan en el equilibrio que es el que permitirá garantizarle un buen estado de salud al evitar las caídas por falta de equilibrio.

1.1. Formulación del problema

¿Qué efecto tiene la aplicación de las actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico en pacientes adultos mayores de 65-80 años de edad con déficit del equilibrio y marcha?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Demostrar que las actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico mejoran el equilibrio y marcha en el adulto mayor de 65-80 años de edad en el Hogar San José de la ciudad de Guayaquil.

2.2. Objetivos Específicos

- Evaluar el estado de equilibrio, marcha y dependencia funcional en pacientes adultos mayores de 65-80 años en el Hogar San José mediante el Test de Tinetti e Índice de Barthel.
- Aplicar el plan de actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico en pacientes adultos mayores.
- Analizar los resultados obtenidos después de la aplicación del plan de actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico.
- Diseñar la propuesta de actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico en el adulto mayor.

3. JUSTIFICACIÓN

La población de adultos mayores es un segmento que está siendo desatendido sin priorizar la urgencia de su salud y su deterioro físico. Este grupo de atención prioritaria ha reactivado varias políticas públicas que le permiten desarrollar ambientes en los que pueden mejorar su calidad de vida, su inclusión y desarrollarse como personas útiles y valiosas.

Es necesario que se sigan desarrollando programas y proyectos que implementen y pongan a prueba todas las políticas que se han dictado, no solo para recuperar confianza en lo estatal sino para revalorizar la cultura, los saberes ancestrales, la calidad de vida que cada adulto mayor merece y que no sean excluidos de la sociedad.

La presente investigación se justifica plenamente en el rescate de varios programas de ejercicios a través de actividades lúdicas que le permitirán al adulto mayor reincorporarse al grupo social a través del acercamiento con otras personas, la interacción dinámica y proactiva en ejercicios que no solo lo reactivaran físicamente sino anímicamente.

El valor social que tienen estos programas es altísimo en consideración a la necesidad inmediata de promover ejercicios que ellos en su edad pueden ejecutar sin mayor riesgo y que a su vez, proporcionan beneficios en su salud a corto plazo; ya que estos programas los incentivan a mantenerse bien, a sentirse bien y a mejorar en todo aspecto de su vida, superando circunstancias adversas al estar en sitios como hospicios o casas de retiro.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Marco Referencial

4.1.1. La actividad lúdica y su influencia en el adulto mayor en el hogar de ancianos “Sagrado Corazón de Jesús” congregación de madres Doroteas, cantón Ambato, ciudadela España.

La práctica de actividad física de tipo lúdica y recreativa, que buscan siempre contribuir en la prevención y tratamiento de las enfermedades consideradas como no transmisibles, el objetivo es ayudar a que las personas adultas mantengan una buena calidad de vida. El impacto del presente estudio es dar a conocer que las actividades lúdicas y recreativas son de gran beneficio en el mantenimiento físico de las personas de la tercera edad.

Uno de los factores de interés de los adultos mayores es posibilitar que el juego en el envejecimiento, es un factor muy importante porque posibilita entre otras cosas seguir manteniendo las capacidades motoras; y esto es parte de un proceso de prevención y tratamiento de las enfermedades que cada día se presentan más en las personas de esta edad, uno de estos tratamientos y prevenciones es la práctica de la recreación pues es un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creaciones y libertad, es un pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para el mejoramiento de la calidad de vida individual personal y social (Salazar, 2014).

4.1.2. Programa de actividades físicas con carácter lúdico para el tratamiento integral del adulto mayor en el hogar de ancianos ‘Alegría del Amanecer’ de la ciudad de Santiago de Cuba.

Enfatiza en la benéfica influencia de estos ejercicios como medio para mejorar la calidad de vida de este grupo etario. El trabajo se desarrolló en el Hogar de Ancianos “Alegría del Amanecer” de la ciudad de Santiago de Cuba. El diagnóstico efectuado permitió conocer las carencias del hogar en este sentido (actividad física), mediante encuestas y entrevistas se conocieron gustos y preferencias de los ancianos y programa de actividades de los ergoterapeutas, información que arrojó el siguiente problema científico: ¿Cómo contribuir al tratamiento integral del adulto mayor del Hogar de ancianos “Alegría del Amanecer” de la ciudad de Santiago de Cuba?, se imponía el objetivo, proponer un programa de actividades físicas con carácter lúdico para el tratamiento integral del adulto mayor, para complementarlo, se formularon preguntas científicas y tareas que respondían a las interrogantes. Se utilizaron métodos científicos teóricos y empíricos, con cálculo porcentual para el análisis de los resultados, todo ello permitió la elaboración del programa de actividades físicas con carácter lúdico, éste fue teóricamente validado mediante consulta a especialistas que reconocieron la pertinencia de la propuesta orientada en tres dimensiones: psicológicas, socio-afectiva y físicas (Caballero L. , 2011).

4.1.3. Fundación Fuente Agría: Centros de día mayores de 50 años. Physiotherapy and occupational health: professional actions in its promotion and prevention.

En función de las necesidades de cada usuario, predominan unos objetivos sobre otros.

Esta mayor o menor importancia se define tras realizar una evaluación inicial (Historia Clínica de fisioterapia) de los usuarios, con el fin de realizar un tratamiento adecuado para cada uno de ellos, observando después la eficacia de éste, dependiendo de los objetivos logrados; para ello se hace un seguimiento semestral, y al finalizar el año una evaluación final para observar el desarrollo del tratamiento y los objetivos alcanzados, de ésta forma podremos proponer nuevos objetivos así como mantener o modificar el tratamiento (Agría, 2016).

Entre los objetivos del programa están: Mejorar la amplitud articular y evitar deformidades, Normalizar el tono muscular, facilitación de patrones neuromusculares de movimiento, estimular la coordinación, equilibrio, lateralidad y la propiocepción, mantener o estimular el esquema corporal, trabajar las funciones sensitivas y cognitivas, conseguir transferencias, conseguir una correcta bipedestación, reeducación de la marcha, mejorar las capacidades respiratorias y las habilidades motrices, manejar ayudas técnicas en caso necesario, conseguir un satisfactorio desarrollo personal para la adecuada adaptación al entorno socio-familiar, alcanzar el máximo grado de independencia funcional (Gómez, 2016).

4.2. Marco Teórico

4.1.1. Adulto mayor.

Primeramente se debe definir qué se entiende por adulto mayor, pues el término vejez se ha dejado de usar por considerarse peyorativo y humillante, lo mismo sucede con el término de “tercera edad” que es un término muy marcado, es decir, a partir de los 65 años, se sienta como se sienta, pertenece a esta edad y por lo tanto “dicen que es un anciano” (Morales, 2008, pág. 6).

Se ha cambiado el término y ahora se le llama Adulto Mayor a las personas de más de 65 años. Se tomó esa edad según la ley del anciano promulgada en el R.O. 806 de 6 de noviembre de 1991 y decreto ejecutivo No. 127 y su registro general en vigencia en el R.O. 961 del 19 de junio de 1992 y decreto ejecutivo No. 3437 (Morales, 2008, pág. 6).

El Ministerio de Inclusión Económica y Social fundamenta la política pública para la población adulta mayor en un enfoque de derechos que considera al envejecimiento como una opción de ciudadanía activa y envejecimiento positivo, para una vida digna y saludable; define tres ejes de política pública.

4.1.2. Modalidades de atención para población adulta mayor.

Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES, 2014),

Las unidades de atención para la población adulta mayor que operan bajo la rectoría del Ministerio de Inclusión Económica y Social, procurarán funcionar a través de la implementación de un servicio multimodal que incluye las siguientes modalidades: residencia, atención diurna, atención en espacios alternativos y atención domiciliaria, de tal manera que se logre optimizar el uso de los recursos existentes para el servicio y atención de una mayor población de adultos mayores, en sus más diversas necesidades. En la modalidad residencial la prestación de servicios opera a través de dos tipos de centros: Centro gerontológicos residenciales, Centro gerontológicos de atención diurna.

4.1.3. Trastornos de la marcha.

Los trastornos de la marcha son un problema frecuente en los adultos mayores. Son causa de limitación de actividades al perder la deambulación independiente aumenta la morbilidad y son un factor que contribuye al ingreso en residencias de adultos mayores. La preservación de la marcha es uno de los requisitos más importantes para una ancianidad satisfactoria.

Al considerar los cambios del equilibrio y de la marcha que ocurren en las personas mayores, debe diferenciarse entre los cambios propios de la edad y los cambios que aparecen en relación con enfermedades asociadas. No está claro a partir de qué situación deja una marcha de ser normal para la edad del paciente. Se trata de un cuadro patológico (Franch, 2016).

Una definición funcional de estos trastornos hace referencia a la marcha que es lenta, inestable o comprometida biomecánicamente tanto como para ser ineficaz para que la persona pueda desplazarse con normalidad. Pueden ser clasificados de acuerdo con la etiología, las características clínicas de la alteración de la marcha, la localización de la lesión o de las lesiones responsables y el sistema que se encuentra alterado como musculoesquelético y nervioso (Franch, 2016).

Tal como lo menciona el autor, las alteraciones del equilibrio también son frecuentes entre los adultos mayores, causando riesgo de caídas y lesiones relacionadas con las caídas. Cada año se caen el 20-30 % de los adultos mayores que viven independientemente. En el 25 % de los casos se produce una lesión importante y en el 5 % una fractura.

Los trastornos de la marcha contribuyen considerablemente al riesgo de caídas y a las lesiones relacionadas con las caídas. La lesión accidental es la sexta causa de muerte en personas mayores de 65 años, siendo las caídas la principal causa de lesión en este grupo de edad.

Muchas personas mayores limitan voluntariamente su actividad debido a su preocupación sobre su capacidad motora y el miedo a caerse. Debido a esto, para muchas personas mayores que viven solas, el trastorno de la marcha es un factor que determina la decisión de ingresar en una residencia. Frecuentemente la pérdida de la capacidad ambulatoria es el inicio de un progresivo deterioro del estado de salud y funcional.

4.1.4. Déficit de marcha.

Según, Oriol los trastornos de la marcha son un problema frecuente en las personas mayores. Son causa de limitación de actividades al perder la deambulación independiente, aumentan la morbilidad, y son un factor que contribuye al ingreso en residencias de ancianos. La preservación de la marcha es uno de los requisitos más importantes para una ancianidad satisfactoria (Franch, 2016).

Según varios autores), la marcha normal consta de una fase estática que constituye el 60% de la misma y ocurre cuando una pierna sufre carga y está en contacto con el suelo, y una fase de balanceo o dinámica (40%) cuando avanza la otra pierna para dar el paso siguiente. Mientras tanto, los brazos se desplazan hacia delante y hacia atrás en dirección opuesta a la de las piernas (por ej., el brazo izquierdo se desplaza con la pierna derecha hacia delante, mientras el brazo derecho lo hace hacia atrás). Los componentes básicos de la marcha son: flexión de cadera, flexión de rodilla, interacción de rodilla y tobillo, rotación de la pelvis alrededor de un eje vertical y báscula lateral de la pelvis (Villar San Pío, 2014).

4.1.5. Factores fisiológicos de la marcha en el adulto mayor.

El hombre necesita alcanzar una postura de bipedestación estable antes de iniciar la marcha. En la posición erecta, la estabilidad mecánica se basa en el soporte musculoesquelético, que se mantiene por un equilibrio dinámico en el que se encuentran implicados diversos reflejos posturales.

Estas respuestas posturales son generadas por la integración de los estímulos aferentes visuales, vestibulares y propioceptivos en el contexto de decisiones voluntarias y continuos ajustes inconscientes del sujeto.

Las respuestas posturales consisten en contracciones sinérgicas y coordinadas de los músculos del tronco y de las extremidades, corrigiendo y controlando el balanceo corporal, y manteniendo la postura vertical del cuerpo. Una vez que el cuerpo se encuentra erecto y estable, puede empezar la locomoción.

La marcha tiene dos componentes principales: equilibrio y locomoción. El equilibrio es la capacidad de adoptar la posición vertical y de mantener la estabilidad. La locomoción es la capacidad para iniciar y mantener un paso rítmico. Estos componentes de la marcha son diferentes pero están interrelacionados (Franch, 2016).

4.1.6. Efectos de la edad en la marcha.

Los cambios atribuibles a la edad modifican las características de la marcha. Sin embargo, la edad avanzada no debe acompañarse inevitablemente de alteración de la marcha. La reserva funcional suele ser suficiente como para que no se produzcan alteraciones del equilibrio y de la marcha. En la edad avanzada pueden asociarse diferentes factores que contribuyen a incrementar los cambios atribuibles a la edad o a que aparezca un trastorno de la marcha con determinadas características. Algunos adultos mayores mantienen una marcha normal en la novena década de la vida. Aunque los cambios de la marcha relacionados con la edad, tales como la

reducción de la velocidad y el acortamiento del paso, son más aparentes a partir de los 80 años, la mayoría de los trastornos al caminar se relacionan con una enfermedad subyacente y suelen hacerse más patentes cuando ésta progresa (Franch, 2016).

En los adultos mayores se produce un deterioro de la marcha más acusado, que los cambios atribuibles sólo a la edad, los pasos se hacen más cortos y la fase estática de la marcha aumenta, causando una importante disminución de la velocidad de la marcha, sobre todo en aquellos que se caen.

Diferentes estudios han señalado que en relación con la edad avanzada aparece pérdida de fuerza en los miembros inferiores, deterioro de la sensibilidad vibratoria y de la visión, especialmente de la periférica. Los cambios musculo esqueléticos que ocurren con la edad y el declinar del estado cardiovascular también deben ser tenidos en cuenta (Franch, 2016).

Las causas que conducen a una menor eficiencia del control del equilibrio en el adulto mayor no están claras. Lo más habitual es que la inestabilidad sea multifactorial. Uno de estos factores puede ser el sistema musculoesquelético, que se hace menos rápido en su respuesta a las instrucciones musculares para limitar el balanceo corporal. La disminución de la fuerza es otra variable. Por otro lado, la planificación motora es menos exacta. Esto puede ser debido a ligeros errores en la exactitud de la información proporcionada por propioceptores, órganos vestibulares u ojos.

Cuadro N° 1: Efectos de la edad sobre la marcha

Efectos de la edad sobre la marcha
Disminución de la velocidad.
Disminución de la longitud de la zancada y aumento de su anchura.
Disminución de la longitud del paso.
Disminución de la cadencia.
Disminución del ángulo del pie con el suelo.
Prolongación de la fase bipodal.
Reducción de tiempo de balanceo/tiempo de apoyo.
Aumento de la anchura del paso y disminución de la altura.
Pérdida del balanceo de los brazos.
Reducción de las rotaciones pélvicas.
Menor rotación de cadera y rodilla.

Elaboración: Autores

Finalmente, pueden existir errores en la valoración central de la información sensorial, o del cálculo de las respuestas motoras apropiadas. No obstante, aunque el deterioro del equilibrio puede estar directamente relacionado con la edad, la falta de equilibrio clínicamente significativa suele ser una consecuencia de trastornos neurosensoriales añadidos (Franch, 2016).

4.1.7. Tipos de marcha.

La etiología de los trastornos de la marcha es multifactorial y, por ello, va a ser fundamental aprender a explorarla lo mejor posible. No obstante, la mera observación nos va a orientar hacia el origen del trastorno predominante. A continuación enumeramos las marchas más características.

Cuadro N° 2: Tipos de Marcha

Tipo	Característica
Por problemas neurológicos	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="517 913 1361 994">• Afectan al 20-50% de las personas mayores y son una de las causas más comunes de caídas<li data-bbox="517 1048 1361 1532">• Marcha hemipléjica o de segador (también llamada helicópoda). Está causada por hemiplejia o paresia de extremidad inferior como consecuencia de un ictus u otra lesión cerebral. La extremidad inferior está flexionada a la cadera y extendida a la rodilla y el pie en flexión plantar. La persona tiene que balancear la pierna en un arco hacia fuera para asegurar el despegue (circunducción). A la vez hay flexión lateral del tronco hacia el lado sano. Mantienen una base de sustentación pequeña y, por lo tanto, riesgo alto de caídas.
	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="517 1590 1361 1868">• Marcha en «tijeras». Es un tipo de circunducción bilateral. Las piernas se cruzan al caminar. Los dorsiflexores del tobillo están débiles y los pies rascan el suelo. Pasos cortos y mucho esfuerzo. Las causas más comunes son la espondilosis cervical y el infarto lacunar (demencia multiinfarto).
	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="517 1928 1361 1957">• Marcha parkinsoniana o festinante. La marcha típica de la

	<p>enfermedad de Parkinson es bradicinética, con pasos cortos y muy lentos y mal despegamiento del suelo. La persona camina manteniendo flexión de caderas, rodillas y codos, inclinación del tronco hacia delante y ausencia de oscilaciones de los brazos. Suele haber pérdida de equilibrio hacia delante, puesto que el cuerpo comienza a moverse antes que los pies. Con la progresión del movimiento, los pasos se suelen hacer más rápidos y, a veces, tienen dificultades para parar, pudiendo perder el equilibrio con mucha facilidad.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha de «danzante». Movimientos de piernas y brazos sin compás. Típica de la corea.
	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha apráxica. Suele aparecer en alteraciones del lóbulo frontal. Se caracteriza por base de sustentación ancha, postura ligeramente flexionada y pasos pequeños, vacilantes y arrastrados. Son enfermos que, aunque se mueven bien en la cama, la iniciación de la marcha suele ser muy difícil, quedando pegados al suelo, pudiendo oscilar y caer al realizar el esfuerzo de levantar el pie. Después de unos pocos pasos, la marcha mejora, aunque en cualquier momento pueden parar bruscamente y, tras unos segundos, continuar caminando. Puede aparecer en enfermos de Alzheimer, demencia de origen vascular o hidrocefalia normotensiva. Las personas con apraxia de la marcha no pueden procesar los impulsos nerviosos para realizar actividades de forma correcta, incluso aunque la fuerza y sensibilidad sean adecuadas. La alteración de la marcha en la vejez es una forma moderada de apraxia frontal.
	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha atáxica (taloneante). Típica de lesiones cordonales posteriores. Base amplia y pisadas fuertes. Suele haber una pérdida del sentido de la posición, por lo que estas personas no saben dónde están sus pies y los lanzan hacia delante y al

	<p>exterior. Los talones tocan primero el suelo y se oye la patada. Miran continuamente la posición de sus piernas. Suelen tener Romberg positivo y problemas de equilibrio, tambaleándose de lado a lado. En personas ancianas suele aparecer en déficit importantes de B12, degeneración espinocerebelar y espondilosis cervical.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha atáxica cerebelar. Base ancha con pasos pequeños, irregulares e inseguros. Se acompaña de titubeos y tambaleos a un lado, hacia delante o hacia atrás. Suele aparecer en alcoholismo crónico, atrofia espinocerebelar y parálisis supranuclear progresiva, pero también en hipotiroidismo y toxicidad por hipnóticos y sedantes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha vestibular, en «estrella» o «brújula». Los pacientes que presentan esta alteración de la marcha, cuando se les pide que caminen unos pasos hacia delante y los mismos hacia atrás, van produciendo una desviación angular que será izquierda o derecha en dependencia de la localización de la lesión. Suele aparecer en problemas de laberinto.
	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha en estepaje o «equina». La persona levanta los pies del suelo exageradamente para no rozarlo con las puntas. Suelen formar un ángulo recto con el muslo y la pierna con el pie péndulo y los dedos dirigidos hacia abajo. Suele aparecer en lesiones de asta anterior y polineuritis (diabetes, déficit de B12, alcoholismo).
	<ul style="list-style-type: none"> • Marchas anormales asociadas con déficit multisensoriales. Estas personas suelen tener alteraciones visuales y propioceptivas, por lo que deben confiar únicamente en el sistema vestibular para conocer la posición de sus pies. Son corrientes las quejas de discinesias, inestabilidad y mareo ligero al caminar y al dar la vuelta. en diabéticos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha prudente. Es la típica de la persona anciana con miedo a caer. Adoptan una postura de flexión hacia delante y piernas algo flexionadas para mantener el centro de gravedad bajo; marcha a pasos cortos con los pies separados y vuelta en bloque. Puede ser la marcha que con más frecuencia se sigue de caída.
Por problemas circulatorios	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha claudicante. Tras un número mayor o menor de pasos, el paciente presenta adormecimiento, hormigueos, calambres o dolor que le obligan a detenerse durante un tiempo antes de emprender la marcha.
Por problemas musculoesqueléticos	<ul style="list-style-type: none"> • Además de los problemas generados por la inmovilidad y el desuso, hay multitud de patologías que producen debilidad muscular y alteración de la marcha: hipo e hipertiroidismo, polimialgia reumática, polimiositis, osteomalacia y neuropatías; también el uso prolongado de medicamentos como diuréticos y corticoides. Cualquier pérdida de fuerza muscular proximal conduce a marchas inestables y patosas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha de pingüino. Inclínación del tronco por fuera del pie que se eleva por debilidad del glúteo medio e incapacidad para estabilizar el peso de la cadera. Tendrán problemas para levantarse de sitios bajos y al subir escaleras.
	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha antiálgica. En problemas artríticos con entumecimiento y dolor. El pie se coloca plano sobre el suelo para reducir el choque del impacto. Se evita la fase de despegue para disminuir la transmisión de fuerzas a través de la cadera alterada. • Suele haber disminución de la fase estática de la pierna afecta y disminución de la fase de oscilación de la otra, por lo que la longitud del paso es más corta en el lado bueno y hay disminución en la velocidad de la marcha. Cualquier problema

	<p>en los pies, como callosidades, deformidades, juanetes y uñas deformes, comprometen la marcha y el equilibrio.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Dismetrias. Producidas como consecuencia de artrosis de cadera o intervenci3n quir3rgica de fractura en la misma localizaci3n, alteran la postura del cuerpo, ya que al girar la persona cambia la mec3nica articular de la extremidad inferior y columna y aumenta la posibilidad de p3rdida de equilibrio. Cuando, como consecuencia de una intervenci3n quir3rgica, queda una extremidad m3s corta que otra, cambia el ciclo de la marcha, ya que en el lado de la pierna m3s corta, cuando el pie va a contactar con el suelo la pelvis se inclina hacia ese lado para poder contactar con m3s facilidad. El resultado es la aparici3n de cojera y flexi3n exagerada del lado contralateral como compensaci3n.

Elaboraci3n: Autores

4.1.8. Clínica.

Una detallada historia sobre el trastorno de la marcha y su evolución proporciona importantes datos para conseguir un diagnóstico. No obstante, debe tenerse en cuenta que los trastornos de la marcha suelen ser heterogéneos y en ocasiones multifactoriales.

Por esas razones, una alteración de la marcha caracterizada por tropiezos y caídas puede deberse a un trastorno piramidal, extrapiramidal, cerebeloso o neuromuscular. Otro aspecto a considerar es que los pacientes con alteraciones de la marcha suelen referir, además de la dificultad para caminar, caídas o miedo a caerse, pocos otros síntomas.

La pérdida de fuerza en los miembros inferiores puede manifestarse de diferentes formas. Sensaciones de pesadez, rigidez o de falta de la respuesta motora deseada pueden ser los síntomas iniciales de una lesión piramidal, paraparesia espástica o de una hemiparesia. La tendencia a los tropiezos puede ser tanto la consecuencia de una lesión piramidal por la tendencia a pie equinvaro espástico como de una lesión de nervio periférico que cause un pie caído debido a la debilidad en la flexión dorsal del tobillo.

La inestabilidad y la tendencia a caerse son las principales características de los síndromes atáxicos causados por afectación cerebelosa de línea media (vermis), o por alteración de la sensibilidad propioceptiva. El paciente con una marcha atáxica cerebelosa tiene aumento de la base de sustentación, incapacidad para caminar en línea recta o tambaleo en los giros. Una ataxia sensorial puede manifestarse inicialmente por inestabilidad al caminar en la oscuridad, cuando no es posible la compensación visual de la pérdida de la sensibilidad propioceptiva.

Los pacientes con alteraciones de la sensibilidad propioceptiva presentan sensaciones anormales en los pies que en ocasiones refieren como la impresión de estar caminando sobre una superficie esponjosa o algodonosa. Los síndromes atáxicos que se manifiestan con inestabilidad frecuentemente se acompañan de caídas.

La valoración de los movimientos del tronco incluye la capacidad de sentarse en una silla, de levantarse de una silla manteniendo los brazos cruzados y de darse la vuelta estando tumbado en una camilla. La aplicación de la escala de Tinetti 5 permite una valoración del equilibrio y de la marcha.

4.1.9. Actividades Lúdicas.

Lúdica proviene del latín ludus, Lúdica/co dicese de lo perteneciente o relativo al juego. El juego es lúdico, pero no todo lo lúdico es juego. Ernesto Yturralde Tagle, investigador, conferencista y facilitador precursor de procesos de aprendizajes significativos utilizando la metodología del aprendizaje experiencial en entornos lúdicos, comenta: "Es impresionante lo amplio del concepto lúdico, sus campos de aplicación y espectro. (Yturralde, 2016)

La lúdica está presente en la creación de una atmósfera que envuelve el ambiente del aprendizaje desde lo afectivo entre maestros y alumnos, entre docentes y discentes, entre facilitadores y participantes, de esta manera es que en estos espacios se presentan diversas situaciones de manera espontánea, las cuales generan gran satisfacción.

Los ambientes y actividades lúdicas en los adultos mayores, dentro de lo que se conoce como la metodología del Aprendizaje Experiencial cumplen una doble finalidad: contribuir al desarrollo de las habilidades y competencias de los individuos involucrados en los procesos de aprendizaje y lograr una atmósfera creativa en una comunión de objetivos, para convertirse en instrumentos eficientes en el desarrollo de los mencionados procesos de aprendizaje, que conllevan a la productividad del individuo y del equipo, en un entorno gratificante (Yturralde, 2016).

4.1.10. Importancia de las actividades lúdicas.

En aquella etapa cuando regularmente se ha culminado la vida laboral e inicia la jubilación o cuando los hijos se han emancipado, los adultos mayores disminuyen sus relaciones sociales y, en ocasiones, no saben en qué emplear el tiempo que durante varias décadas utilizaban en sus actividades cotidianas. Así, buscar nuevas relaciones sociales o actividades para su tiempo libre se convierte en una necesidad.

El concepto moderno de la recreación la define con un sentido más social, en la medida que considera su impacto no únicamente sobre el desarrollo de la personalidad individual sino que busca que este desarrollo trascienda al ámbito local y propicie dinámicas de mejoramiento y autodependencia de las comunidades, a partir de unos indicadores y beneficios que deben ser garantizados en la calidad de vivencia, la cual debe respetar su dimensión humana esencial: la lúdica, las actitudes y la libertad de elección por parte de quien se recrea (RICO, 2000).

Los expertos han resaltado que, la práctica de actividades lúdicas y recreativas genera numerosos beneficios para la salud física, mental y afectiva de los mayores, estimula la percepción sensorial, ejercita las habilidades cognitivas, ofrece nuevos entornos para el aprendizaje y optimiza los niveles de bienestar subjetivo, entre otras ventajas (Caballero, 2011).

Figura N°1: Beneficios de las actividades lúdicas en el A.M.



Elaborado por: Autores

4.1.11. Beneficios de la actividad lúdica en los adultos mayores.

En general, la evidencia disponible demuestra de forma contundente que, en comparación con los adultos mayores menos activos, hombres y mujeres, las personas mayores físicamente activas:

Presentan menores tasas de mortalidad por todas las causas, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo 2, cáncer de colon y de mama, y depresión, un mejor funcionamiento de sus sistemas cardiorespiratorio y muscular, y una mejor masa y composición corporal.

Adquieren una mayor salud funcional, un menor riesgo de caídas, unas funciones cognitivas mejor conservadas, y un menor riesgo de limitaciones funcionales moderadas y graves.

4.1.12. Descripción de los materiales para las actividades lúdicas.

4.2.12.1 *Actividades con conos.*

Es un recorrido sencillo al esquivar una linealidad de obstáculos representadas por los conos tipo vehicular colocados en el piso, si bien el caminar es un acto natural el solo hecho de hacer giros sincronizados conlleva un conocer y un orden, pues un mal paso o giro del pie puede ocasionar una leve lesión, toda actividad motora de desplazamiento lleva un desarrollo mental por recordación o experiencia; de hecho resulta de interés el inicio del recorrido pues si la persona inicia de izquierda a derecha o viceversa, ya allí hay una aptitud aprendida y una caracterización personal.

Al finalizar todo logro va acompañado del reconocimiento del personal asistente como el más importante de todos: el reconocimiento de sus compañeros, similares en esta etapa de la vida a igual que los niños en sus círculos de juegos. Puede resultar de interés la conducta de la secuencia de participantes luego de la explicación inicial de la actividad, pues es lógico que algunos inicien sin esperar e intenten terminarla en menor tiempo, competencia natural de todo ser humano.

4.2.12.2. *Actividades con pelotas.*

Es una actividad manual para condicionar el agarre con los dedos, la manipulación de esta maleable esfera ayuda en la circulación y sentido del tacto en la mano, de hecho el soltarla y tomarla por breve tiempo requiere del apoyo visual así como de la firmeza requerida para tomar cualquier objeto que necesitemos.

El interés primordial está en que la pelota este siempre en control de la persona, puede resultar particular el hecho de que alguna pelota caiga al piso, es importante en este punto el apoyo del personal asistente el cual debe evaluar la reacción del grupo ante estas posibles y viables fallas.

4.2.12.3. *Actividades con el disco de propiocepción.*

Es una actividad del tipo terapéutica, su función es mejorar el equilibrio en situaciones que presenten la pérdida del mismo provocada por una caída o mala pisada.

El propósito del logro está enfocado en prevenir caídas debido que al momento que una persona presenta una caída se deteriora el déficit propioceptivo.

4.2.12.4. *Actividades en rampa y paralela.*

Es una actividad para reforzar el equilibrio ante un posible déficit en la marcha natural, el motorizar el cuerpo en desnivel por sencillo que parezca es una acción de riesgo para cualquiera, pues son conocidas las estadísticas en accidentes en escaleras. Esta actividad permite al adulto mayor el apoyo manual en las barras, y precisamente allí es donde radica su logro.

La evaluación del personal del hogar para esta actividad hecha circuito de juego, la cual puede desarrollarse en presencia grupal o individual, consiste en observar el nivel de agarre en la necesidad de apoyo para el desplazamiento a desnivel.

4.2.12.5. *Actividades con ula ula.*

Quien no conoce este artilugio para la extrema movilidad corporal nacida en la década de los sesenta, de hecho no es de extrañar en el grupo de adultos ante su visión la aceptación o jocosidad de no poder sacar una sola vuelta de este juego; será de interés colocarlo luego en el piso para realizar una actividad muy similar a la primera, en donde la movilidad corporal debe ir de la mano del conocimiento de la condición u obstáculo que representa el pasar el circuito formado.

El logro de la actividad está enfocado en mejorar la marcha de una manera creativa, debe ir acompañada del apoyo de compañeros y del personal a cargo, dependiendo del participante se puede ir incrementando su dificultad por la asociación del recorrido exigido o por la utilidad en determinadas posiciones de un solo pie.

4.2.12.6. Actividades con pelota de Bobath.

La pelota de Bobath es una herramienta terapéutica para varias partes del cuerpo en su masiva manipulación, pero en adultos mayores el solo comprimirla con su peso corporal mejora sobre todo el equilibrio.

4.2.13. Instrumento de evaluación -Test de Tinetti.

Se trata de una escala observacional que permite evaluar, a través de dos subescalas la marcha y el equilibrio. Fue desarrollada por la Dra. Mary Tinetti en 1986 en la Universidad de Yale, en principio destinada a la evaluación de los adultos mayores discapacitados y luego modificada y adaptada a todo tipo de adultos mayores.

La escala de Tinetti se divide en dos sub-escalas que exploran el equilibrio (estático y dinámico) y la marcha (SAGG, 2015)se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un adulto mayor. (Sanitas, 2017).

La puntuación máxima para la prueba del equilibrio es 16 y para la de la marcha 12, de modo que el total es 28. Cuanto mayor es la puntuación final, mejor es la funcionalidad del paciente y menor riesgo que pueda sufrir una caída, considerándose que por debajo de los 19 puntos hay un claro riesgo de caída que aumenta según desciende la puntuación.

4.2.14. Instrumento de evaluación – Índice de Barthel.

El Índice de Barthel evalúa las actividades básicas de la vida diaria, para conocer el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores en relación a 10 ítems (comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, traslado, deambulación, subir y bajar escaleras). En los ítems de 0 a 10, se da puntuación 0 si es incapaz, 5 si necesita ayuda, 10 independiente (Cano de la Cuerda, 2012).

En los ítems de 0 a 15, se da puntuación 0 cuando es incapaz, 5 necesita ayuda importante, 10 necesita algo de ayuda, 15 independiente. La puntuación total varía entre 0 a 100, clasifica al adulto mayor en 5 grupos de acuerdo al valor obtenido; dependencia total (de 0 a 20 puntos), dependencia severa (de 21 a 60 puntos), dependencia moderada (de 61 a 90), dependencia escasa (de 91 a 99), y 100 independencia (Cano de la Cuerda, 2012).

5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La aplicación de las actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico mejora el déficit de equilibrio y marcha en los adultos mayores que asisten al Hogar San José.

6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente: Actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico.

Variable Dependiente: Déficit de equilibrio y marcha.

Cuadro N° 3 Operacionalización de Variables

Variables	Conceptualización	Indicadores	Instrumento de Medición
Actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico.	La ciencia del tratamiento a través de medios físicos y ejercicio terapéutico cuyo fin es conseguir la rehabilitación, recuperación y readaptación del paciente por medio de una estrategia recreacional.	Funcionabilidad, facilita la marcha del adulto mayor.	Índice de Barthel. Test de Tinetti.
Déficit de equilibrio y marcha.	Son causa de limitación de actividades al perder la deambulación independiente, aumentan la morbilidad, y son un factor que contribuye al ingreso en residencias de ancianos.	Dificultad para mantener el equilibrio. Pérdida de independencia al caminar.	Escala de Tinetti para el equilibrio y la marcha.

Elaborado por: Autores

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. Justificación de la Elección del Diseño

El enfoque de la investigación es de tipo cuantitativo, según Hernández Sampieri, pretende la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva extrema y objetiva; lo cual permitirá determinar la validez o falsedad de la hipótesis con base en la medición numérica. En el presente trabajo de titulación se procederá a evaluar a los adultos mayores mediante la aplicación del test que mide la parte física el cual va a determinar los resultados(Sampieri, 2010).

El diseño del presente estudio es de tipo pre-experimental ya que consiste en administrar un estímulo o tratamiento a un grupo de personas (adultos mayores) y para observar cual es el nivel del grupo en estas variables siendo una intervención que van influir en la condición del déficit del equilibrio y marcha en adultos mayores.

El alcance de estudio es de tipo explicativo “pretende establecer las causas de los eventos, sucesos fenómenos que se estudian” (Sampieri, 2010); su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables en la población sujeto de estudio.

7.2. Población y Muestra

La población de estudio son los pacientes adultos mayores de 65-80 años de edad que asisten al Hogar San José de la ciudad de Guayaquil, se registra la asistencia de 130, de los cuales 40 han sido considerados como muestra de estudio de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

7.2.1. Criterios de Inclusión.

1. Adultos mayores de ambos sexos de 65 a 80 años de edad.
2. Adultos mayores que presenten déficit del equilibrio y marcha.
3. Adultos mayores que acepten el programa de actividades.

7.2.2. Criterios de Exclusión.

1. Adultos mayores que tengan menos de 65 años y más de 80 años.
2. Adultos mayores que no hayan aceptado el programa de actividades.
3. Adultos mayores que presenten problemas neurológicos.

7.3. Técnicas e Instrumentos de la Recogida de Datos

7.3.1 Técnicas.

Se empleó la técnica de campo, al tener contacto directo con la muestra, e interactuando de manera habitual para la observación requerida del entorno social.

Observación.- de todo el entorno en el cual se desarrolló la población relevante de los adultos mayores del hospicio.

Documental.- evaluación y antecedente obtenida del test de Tinetti sobre la condición funcional de los adultos mayores. Esta escala relaciona una serie de actividades físicas con un puntaje total que califica a cada participante; en esta investigación la escala de Tinetti se divide en dos partes: equilibrio y marcha.

7.3.2 Instrumentos.

Para la evaluación inicial y final se empleará el Test de Tinetti, de marcha y equilibrio ha demostrado ser una herramienta válida y confiable para la evaluación de la movilidad, además, tiene una alta fiabilidad inter-observador. Se utiliza para valorar el equilibrio y la marcha y según el resultado es posible estimar el riesgo de caídas de una persona.

En todo el proceso de la investigación, se irá documentando (cualitativamente) todos los pasos y circunstancias del desarrollo del programa, detallando el comportamiento del adulto mayor, su predisposición, actitud frente a los problemas que les susciten.

7.3.2.1. Test de Tinetti en equilibrio.

Se realizan y observan un total de 9 actividades con un puntaje del 0 al 2: con 0 cuando no logra la actividad, 1 cuando la realiza con apoyo propio o con herramientas como el bastón, y 2 cuando la actividad se completa satisfactoriamente. Las 9 actividades son:

- 1) equilibrio sentado,
- 2) se levanta,
- 3) intenta levantarse,
- 4) equilibrio inmediato antes de 15 segundos,
- 5) equilibrio de pie,
- 6) con toque leve en el esternón,
- 7) ojos cerrados,
- 8) giro de una vuelta 360° y
- 9) sentarse.

Esta escala tiene un puntaje óptimo de 16 puntos.

7.3.2.2. Test de Tinetti en la marcha.

Se realizan un total de 7 actividades con un puntaje del 0 al 2: con 0 cuando no logra la actividad, 1 cuando la realiza con auxilio propio o con herramientas como el bastón, y 2 cuando la actividad se completa satisfactoriamente. Las 7 actividades son:

- 1) inicio de marcha,
- 2) longitud y altura del paso en cada pie,
- 3) simetría del paso,
- 4) continuidad de los pasos,
- 5) desviación de los pasos,
- 6) alineación del tronco, y
- 7) posición de los talones.

Esta escala tiene un puntaje óptimo de 12 puntos.

Ver estas escalas en el anexo 2. En donde se coloca el total óptimo a conseguir en ambas escalas de 28 puntos. Los valores que se aceptan en la prueba de Tinetti, para esta investigación son en las siguientes tres escalas: a) de cero a 19 puntos se considera marcha y equilibrio severo, no se cumple con la prueba, b) de 20 a 22 puntos se considera adultos mayores con riesgo de caídas o pérdida de equilibrio moderado en la escala de Tinetti, y c) de 23 a los 28 puntos se considera la marcha y el equilibrio de los adultos mayores como normal, o sea aceptable con riesgo de caída mínimo.

7.3.2.3. Materiales a utilizar.

- conos
- pelotas
- ula ulas
- paralela
- rampa y escalera
- pelota de Bobath
- disco de propiocepción

7.3.3. Índice de Barthel.

Evalúa las ABVD para conocer el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores en relación a 10 ítems. La puntuación total varía entre 0 a 100, clasifica al adulto mayor en 5 grupos; dependencia total (de 0 a 20 puntos), dependencia severa (de 21 a 60 puntos), dependencia moderada (de 61 a 90), dependencia escasa (de 91 a 99), y 100 independencia (Cano de la Cuerda, 2012).

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

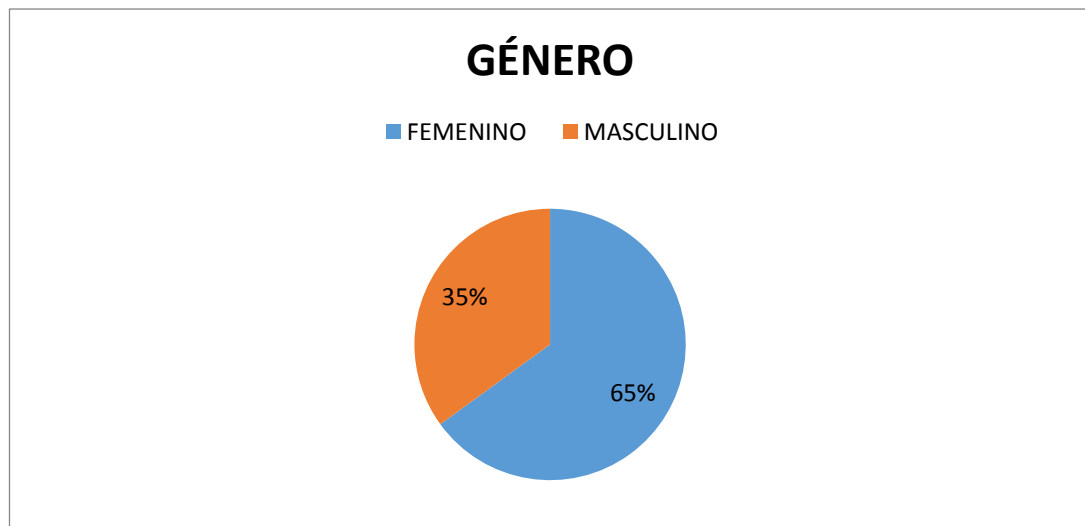
8.1. Análisis e Interpretación de Resultados

8.1.1. Datos de historia clínica.

Tabla 1: Género – Hogar San José

Género	Frecuencia	%
FEMENINO	26	65
MASCULINO	14	35
TOTAL	40	100

Gráfico 1: Género – Hogar San José



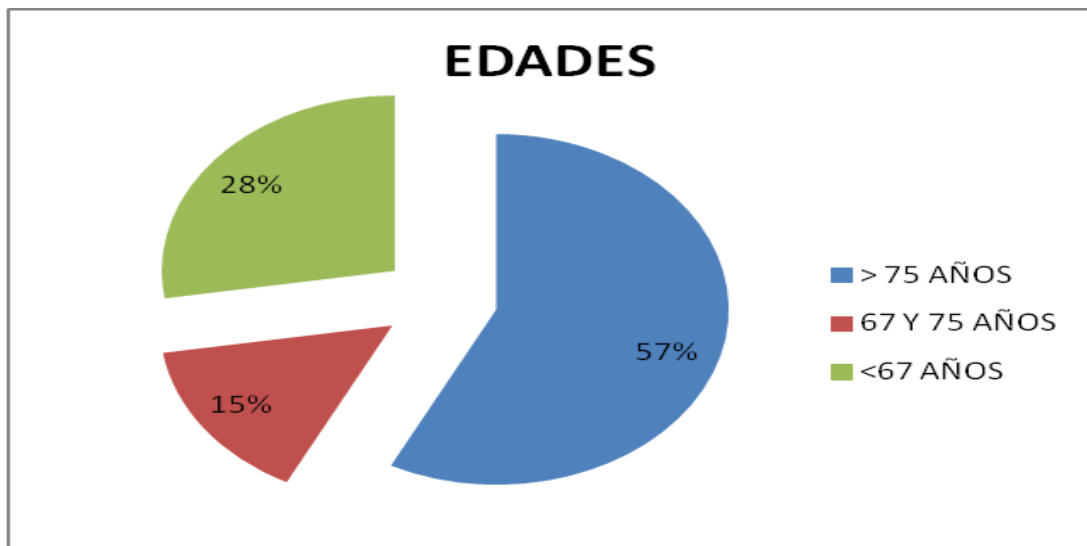
Elaborado por: Autores

Interpretación: En el gráfico 1, se demuestra que el 35 % corresponde a hombres y el 65 % corresponde a mujeres.

Tabla Nº 2: Edad – Hogar San José

Edades	Frecuencia	%
> 75 AÑOS	23	58%
67 Y 75 AÑOS	6	15%
<67 AÑOS	11	28%
TOTAL	40	100%

Gráfico Nº 2: Edad – Hogar San José



Elaborado por: Autores

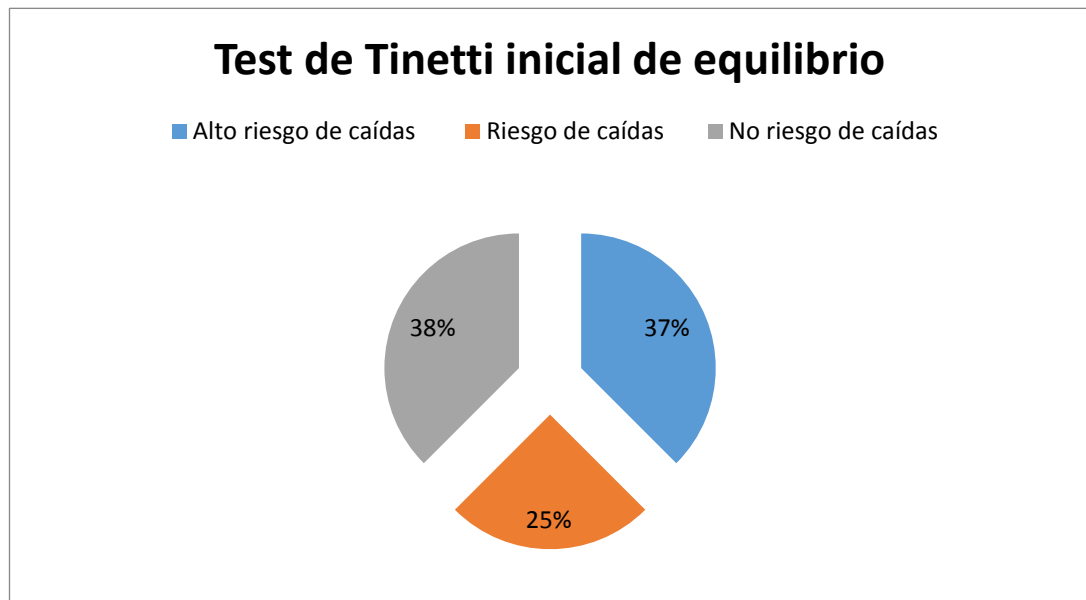
Interpretación: En el gráfico 2, se demuestra que el 57 % de los pacientes son mayores de 75 años, mientras el 28% son menores de 67 años y un grupo de 15% corresponde entre las edades 67 y 75 años de edad.

8.1.2. Resultado de Test de Tinetti.

Tabla N° 3: Test de Tinetti inicial de equilibrio –Hogar San José

Test de Tinetti inicial de equilibrio			
Valoración	Rango	Frecuencia	%
Alto riesgo de caídas	<19	15	38%
Riesgo de caídas	19-24	10	25%
No riesgo de caídas	> 24	15	38%
Total de adultos mayores evaluados		40	100%

Gráfico N° 3: Test de Tinetti inicial de equilibrio –Hogar San José



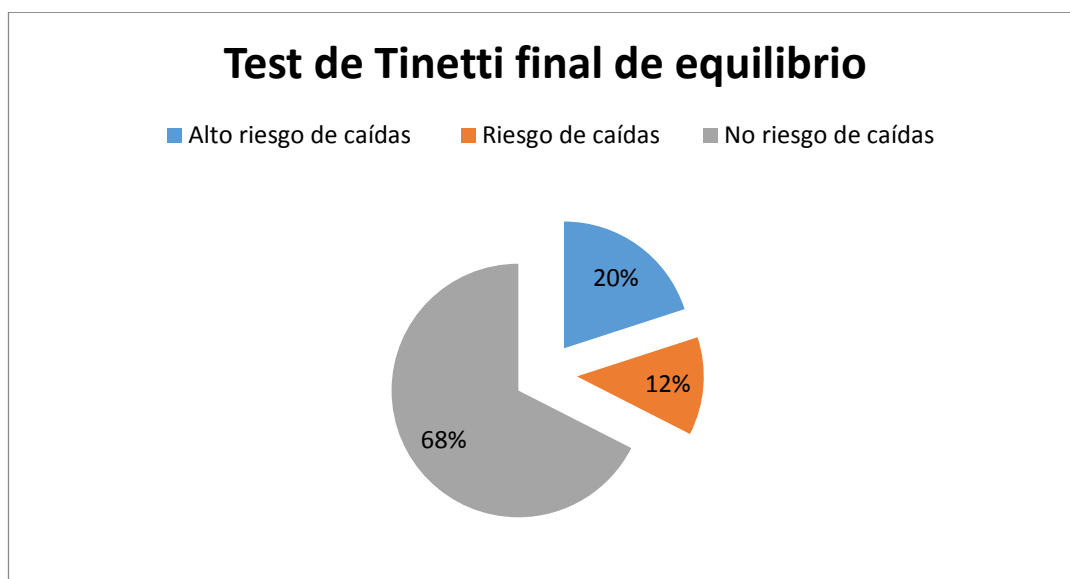
Elaborado por: Autores

Interpretación: En el gráfico 3, se demuestra la valoración inicial del Test de Tinetti con un 38% que no tiene riesgo de caídas, el 37% tiene un alto riesgo de caída, mientras que un 25% se encuentra en riesgo de caídas.

Tabla N° 4: Test de Tinetti final de equilibrio

Test de Tinetti final de equilibrio			
Valoración	Rango	Frecuencia	%
Alto riesgo de caídas	<19	8	20%
Riesgo de caídas	19-24	5	13%
No riesgo de caídas	> 24	27	68%
Total de adultos mayores evaluados		40	100%

Gráfico N° 4: Test de Tinetti final de equilibrio.



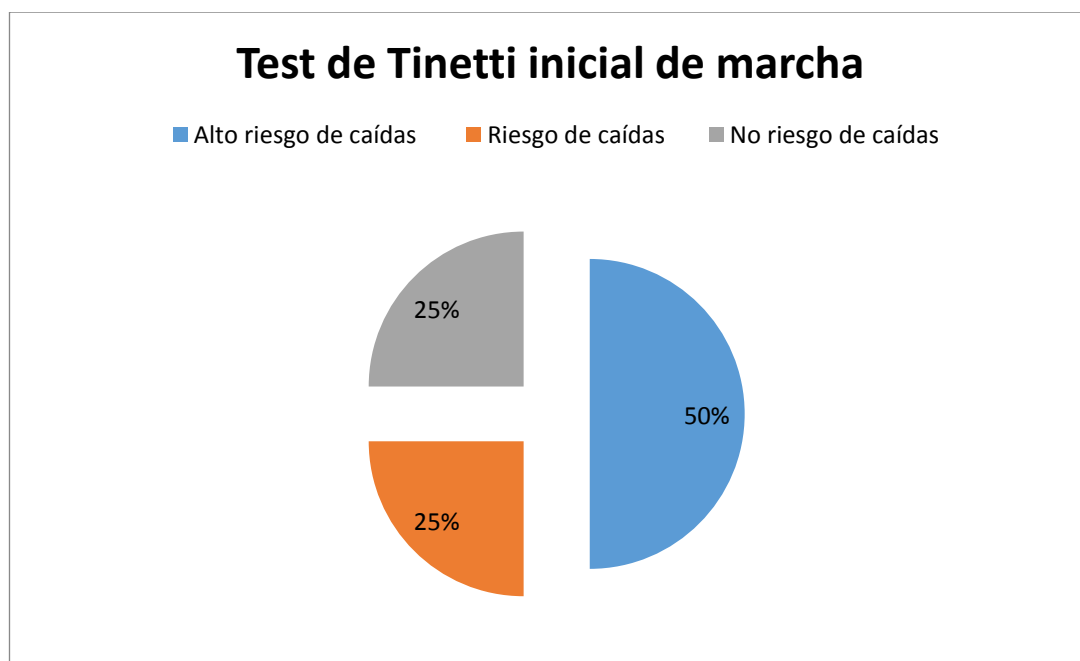
Elaborado por: Autores

Interpretación: En el gráfico 4, se demuestra que un 68% que no presenta riesgos de caídas, un 20% un alto riesgo de caídas y el 12% riesgo de caída; por lo tanto, se realiza una comparación con el gráfico 2 se observa que 30% de los pacientes no tuvieron riesgo de caídas.

Tabla N° 5: Test de Tinetti inicial de marcha

Test de Tinetti inicial de marcha			
Valoración	Rango	Frecuencia	%
Alto riesgo de caídas	<19	20	50%
Riesgo de caídas	19-24	10	25%
No riesgo de caídas	> 24	10	25%
Total de adultos mayores evaluados		40	100%

Gráfico N° 5: Test de Tinetti inicial de marcha



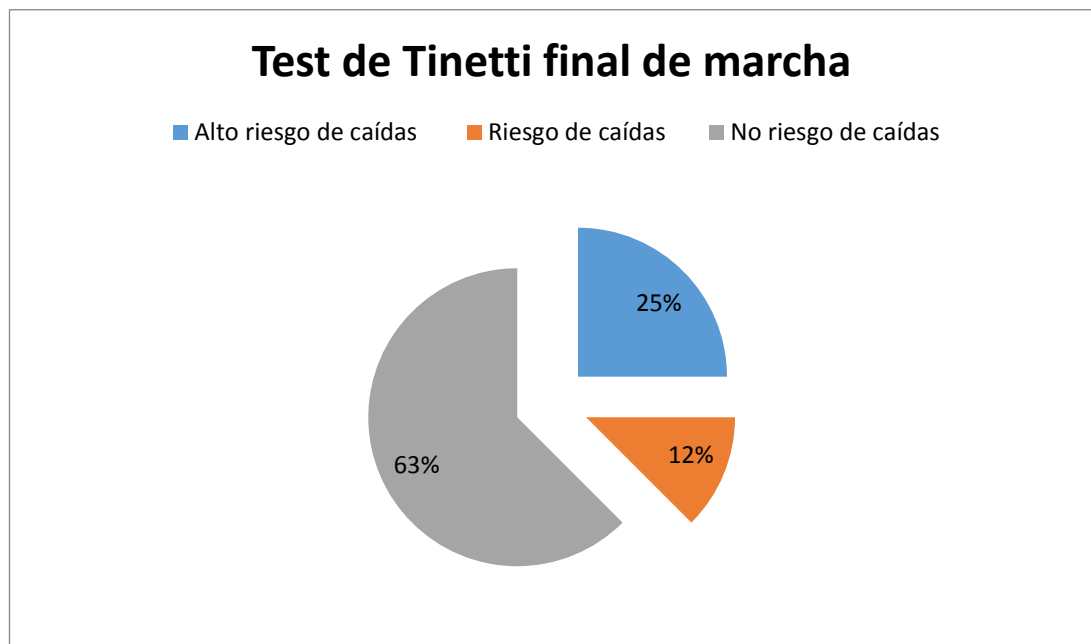
Elaborado por: Autores

Interpretación: En el gráfico 5, se demuestra que el 50% tiene un alto riesgo de caída y el 25% riesgo de caídas y 25% restante no tiene riesgo de caídas.

Tabla N° 6: Test de Tinetti final de la marcha

Test de Tinetti final de marcha			
Valoración	Rango	Frecuencia	%
Alto riesgo de caídas	<19	10	25%
Riesgo de caídas	19-24	5	13%
No riesgo de caídas	> 24	25	63%
Total de adultos mayores evaluados		40	100%

Gráfico N° 6: Test de Tinetti final de la marcha



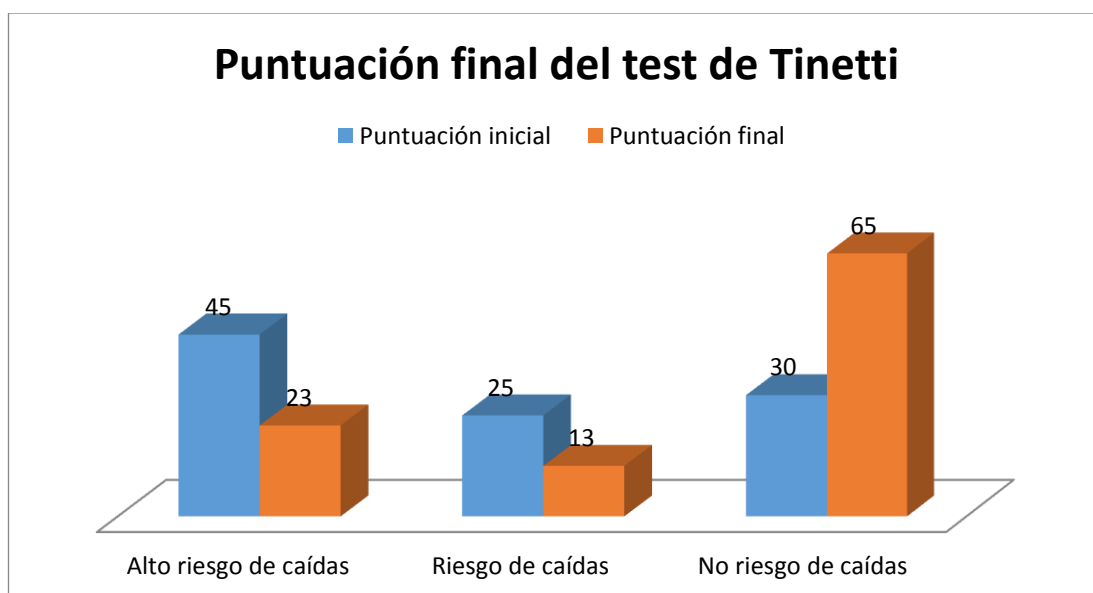
Elaborado por: Autores

Interpretación: En el gráfico 6 se demuestra que el 63% de los pacientes no presenta riesgo de caídas y un 25% tiene un alto riesgo de caídas, por lo tanto se compara con el gráfico 4 que los pacientes presentaron 38% de mejoría en no tener riesgo de caída.

Tabla Nº 7: Test de Tinetti (marcha y equilibrio)

Test de Tinetti (marcha y equilibrio)	Rango	Puntuación inicial		Puntuación final	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alto riesgo de caídas	<19	18	45%	9	23%
Riesgo de caídas	19-24	10	25%	5	13%
No riesgo de caídas	> 24	12	30%	26	65%
Total de adultos mayores evaluados		40	100%	40	100%

Gráfico Nº 7: Test de Tinetti (marcha y equilibrio)



Elaborado por: Autores

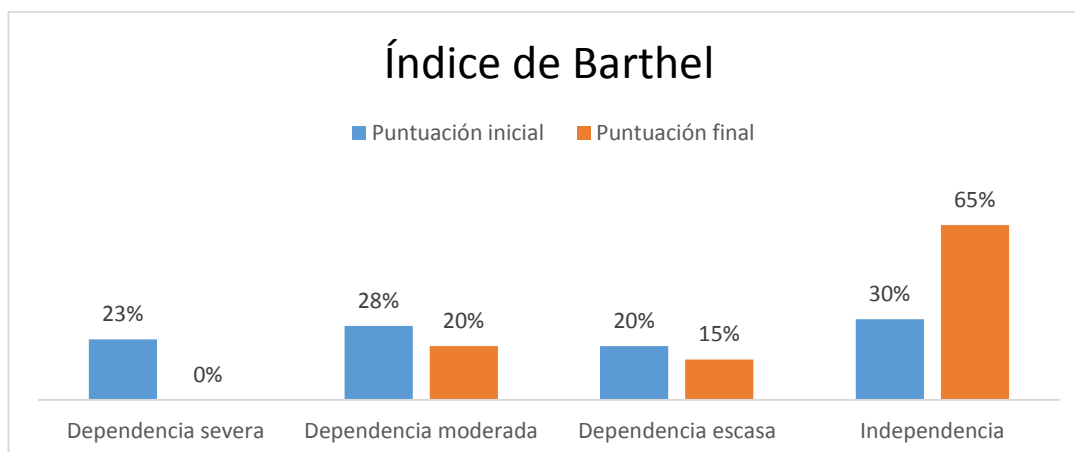
Interpretación: En el gráfico 7, se demostró que un 44% de la evaluación inicial presentó alto riesgo de caídas y el 23% en su segunda evaluación. En la valoración inicial de riesgo de caídas tenemos un 25% y en su evaluación final un 13%. En la valoración inicial de no riesgo de caídas tenemos un 31% y en su valoración final presento un 65% de no riesgo de caídas, por lo tanto se observa que 34% de los adultos mayores presentaron mejoría.

8.1.2. Resultado del Índice de Barthel.

Tabla Nº 8: Índice de Barthel

Índice de Barthel	Rango	Puntuación inicial		Puntuación final	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Dependencia severa	21-60	9	23%	0	0%
Dependencia moderada	61-90	11	28%	8	20%
Dependencia escasa	91-99	8	20%	6	15%
Independencia	100	12	30%	26	65%
Total de adultos mayores evaluados		40	100%	40	100%

Tabla Nº 8: Índice de Barthel



Elaborado por: Autores

Interpretación: En el gráfico 8, se demostró que un 23% de la evaluación inicial presentó dependencia severa. En la valoración inicial de dependencia moderada tenemos un 28% y en su evaluación final un 20%. En la valoración inicial dependencia escasa tenemos un 20% y en su valoración final presento un 15%. Se demuestra que el 30% tiene independencia en la valoración inicial y el 65% en la valoración final.

9. CONCLUSIONES

- Mediante el Test de Tinetti aplicado a los adultos mayores en el Hogar San José, permitió evidenciar que dentro del grupo femenino un 80 % mejoró su marcha y equilibrio, dentro del grupo de hombres se determinó que un 60% obtuvo un alto desempeño en su marcha.
- Con la aplicación del plan de actividades lúdicas, se comprobó mediante el Índice de Barthel el 65% de los adultos mayores mejoraron la su independendencia, movilidad y agilidad, evitando así, el deterioro progresivo de la condición física funcional.
- Después de analizar los resultados finales se demostró que un 23% presentó alto riesgo de caídas. En la valoración de riesgo de caídas tenemos un 13%. En la valoración de no riesgo de caídas tenemos un 65%, por lo tanto se observa que un 34% de los adultos mayores presentaron resultados positivos.
- La propuesta basada en ejercicios lúdicos ha sido diseñada incorporando todos los resultados de la investigación, relacionando las actividades dirigidas que son más efectivas, para mantener a los adultos mayores con energía positiva y una actitud diferente a su realidad cotidiana.

10. RECOMENDACIONES

- Realizar evaluaciones periódicas con el test de Tinetti y el Índice de Barthel para evaluar a los adultos mayores de 65 a 80 años del Hogar San José con déficit de equilibrio y marcha.
- Implementar este programa y motivar a los adultos mayores a realizar actividades lúdicas a través del juego son efectivas y deben permanecer como parte del programa de inclusión para mejorar la calidad de vida en los adultos mayores del Hogar San José.
- Destacar las actividades lúdicas donde se obtuvieron resultados satisfactorios de equilibrio y marcha por lo que se debe continuar con estos ejercicios para incorporar a todos los adultos mayores a la participación activa e integradora sin que ninguno quede rezagado.
- Solicitar requerimiento de personal de apoyo e instrumentos necesarios para la realización de las actividades planteadas en este proyecto de tesis realizadas en el Hogar San José.

11. PRESENTACIÓN DE PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

11.1. Tema de Propuesta.

Plan de actividades fisioterapéuticas en adultos mayores basado en ejercicios lúdicos para disminuir el déficit de equilibrio y marcha que asisten al Hogar San José.

11.2. Objetivos

11.2.1. Objetivo General.

Proporcionar un plan de actividades fisioterapéuticas basado en ejercicios lúdicos para disminuir el déficit de equilibrio y marcha de los adultos mayores de 65 a 80 años que asisten al Hogar San José.

11.2.2. Objetivos Específicos.

- Seleccionar a un grupo de adultos mayores que tengan una mayor incidencia de sufrir caídas valorados por medio del Test de Tinetti.
- Realizar y analizar continuas valoraciones con el Test de Tinetti e Índice de Barthel para observar el progreso de los adultos mayores.
- Demostrar los beneficios de las actividades fisioterapéuticas basadas en ejercicios lúdicos.

11.3. Justificación

El cuidado y la educación como formación de aptitudes perdidas, en adultos mayores en Ecuador, está confinada a programas sociales y en hogares de cuidados con estas funciones, en ciertas manualidades específicas. Sin embargo, dentro de la mayoría de estas instituciones no se contempla la gerontología como formación humana e integral del adulto mayor en general; de hecho en otras sociedades del mundo, caracterizadas por poseer más adultos que jóvenes, a diferencia que en toda Latinoamérica, existen instituciones para la formación general y específica de ellos y como elemento importante de conservación y transmisión de la cultura anecdótica de su comunidad. En razón de ello, Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández (2009), expresan que no se debe considerar la vejez como “algo decrepito y negativo, sino como un modo existencial, ineluctable, inaplazable, como lo es cualquier otra etapa de la vida humana”. Como desde la antigüedad la sociedad griega donde el senado estaba formado por adultos, y en referencia a las obras “Homéricas” donde se destacan los adultos mayores.

En ese sentido es tema medular de esta tesis abarcar en el aspecto psicomotor, una serie de actividades fundadas en estrategias lúdicas, para observar y detectar mejoras en el desempeño de adultos mayores, y dejar abierto el debate sobre su utilidad general, en centros de apoyo al adulto mayor, como un logro social sobre estos valiosos ciudadanos, que sin duda son potencialidad de vivencias, experiencias y anécdotas para otros ciudadanos.

11.4. Presentación de Propuesta de Intervención

Las actividades se caracterizan por acciones físicas con el apoyo visual del personal del Hogar “San José”, en una especie de circuito cuyo colorido y actividad, hacen recordar las acciones de juegos características de los niños, “lúdico”, entendiendo toda actividad con esta connotación en donde sea de: tipo grupal, ocasione jocosidades, sea distractor y relajante a toda mente pensante y pueda generar recordaciones agradables; a continuación el detalle y explicación del logro de las actividades propuestas.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



**PLAN DE ACTIVIDADES FISIOTERAPÉUTICAS BASADO EN
EJERCICIOS LÚDICOS PARA DISMINUIR EL DÉFICIT DE
EQUILIBRIO Y MARCHA.**



Plan de actividades fisioterapéuticas basado en ejercicios lúdicos para disminuir el déficit de equilibrio y marcha



- **Tiempo de las actividades:** 1 hora
- **Duración del proyecto:** 4 meses
- **Frecuencia de actividades:** 3 veces por semana (lunes, miércoles, viernes)

Estructura de las actividades Pre-calentamiento.



FLEXIÓN,EXTENSIÓN DE CUELLO	Repetición:5-8 veces Duración: 50 segundos
INCLINACIÓN DE CUELLO	Repetición:5 a 8 veces Duración : 50 segundos
FLEXIÓN,EXTENSIÓN DE HOMBRO	Repetición :5 a 8 veces Duración: 1 minuto
ABEDUCCIÓN,ADUCCIÓN DE HOMBRO	Repetición : 5 a 8 veces Duración:1 minuto
FLEXIÓN,EXTENSIÓN DE MUÑECA	Repetición : 5 a 8 veces Duración: 55 segundos
FLEXIÓN,EXTENSIÓN DE CADERA	Repetición : 5 a 8 veces Duración: 1 minuto
FLEXIÓN,EXTENSIÓN DE RODILLA	Repetición : 5 a 8 veces Duración: 1 minuto
FLEXIÓN,EXTENSIÓN DE PIE	Repetición: 5 a 8 veces Duración: 1minuto

ACTIVIDADES LÚDICAS

ACTIVIDAD	MÚSCULOS	FIGURA
<p>Actividades con conos:</p> <p>Paciente en posición bípeda, realiza una inclinación ligera del tronco, pelvis en anteversión, ligera abducción del miembro inferior, contracción excéntrica de cuádriceps.</p> <p>Repetición : 4-6 veces Descanso : 7 segundos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psoas ilíaco ➤ Cuadrado lumbar ➤ Sartorio ➤ Tensor de la fascia lata ➤ Pectíneo ➤ Isquiotibiales ➤ Bíceps femoral ➤ Cuádriceps 	 <p>Fuente: Hogar San José Elaborado: Fernández & Henríquez</p>
<p>Actividades con pelotas:</p> <p>Paciente en posición bípeda o sedente.</p> <p>Primera actividad con brazos: El paciente sostiene la pelota con las dos manos realizando una presión fuerte a la pelota.</p> <p>Repeticiones:5-6 veces Descanso : 5 segundos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bíceps ➤ Trapecio ➤ Pectoral mayor ➤ Supinador largo ➤ Palmar mayor 	 <p>Fuente: Hogar San José Elaborado: Fernández & Henríquez</p>

<p>Segunda actividad con piernas :</p> <p>El paciente sostiene la pelota con las dos piernas realizando una fuerte presión a la pelota.</p> <p>Repeticiones:5-6 veces Descanso: 5 segundos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuádriceps ➤ Tensor de la fascia lata ➤ Sartorio ➤ Recto interno 	 <p>Fuente: Hogar San José Elaborado: Fernández & Henríquez</p>
<p>Actividades con disco de propiocecion:</p> <p>Paciente en posición bípeda, con ayuda de las paralelas, se realiza la actividad poniendo una pierna ya sea la izquierda o derecha encima del disco de propiocepción se le pide al paciente se haga una presión con el pie hacia en el disco de propiocepción por un tiempo determinado intercalando los pies.</p> <p>Repetición:5-8 veces Descanso:5 segundos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuádriceps ➤ Semitendinoso ➤ Semimembranoso ➤ Bíceps femoral ➤ Gastrocnemio 	 <p>Fuente: Hogar San José Elaborado: Fernández & Henríquez</p>

<p>Actividades en rampa:</p> <p>Paciente en posición bípeda realiza la actividad de principio a fin comenzando por las escaleras subiendo escalón por escalón sosteniéndose de las paralelas y termina en la rampa.</p> <p>Repeticiones:3-5 veces Descanso:50 segundos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psoas ilíaco ➤ Cuádriceps ➤ Sartorio ➤ Recto femoral ➤ Tibial posterior ➤ Isquiotibiales ➤ Gastrocnemio 	 <p>Fuente: Hogar San José Elaborado: Fernández & Henríquez</p>
<p>Actividades en paralela:</p> <p>Paciente en posición bípeda optamos a ponerles tres obstáculos, conos, una y por último el disco de propiocepción realizamos este tipo de actividad para fortalecer el equilibrio y marcha.</p> <p>Repeticiones : 3-5 veces Descanso : 1 minuto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Semitendinoso ➤ Semimembranoso ➤ Psoas ilíaco ➤ Tensor de la fascia lata ➤ Bíceps femoral ➤ Cuádriceps ➤ Gastrocnemio 	 <p>Fuente: Hogar San José Elaborado: Fernández & Henríquez</p>

<p>Actividades con una sola pierna</p> <p>Paciente en posición bípeda con la ayuda del terapeuta realiza la actividad con las piernas una ubicada en el piso en forma de un obstáculo, siguiendo las instrucciones del terapeuta .</p> <p>Repeticiones: 5-8 veces Descanso: 7 segundos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psoas ilíaco ➤ Cuadrado lumbar ➤ Sartorio ➤ Tensor de la fascia lata ➤ Pectíneo ➤ Isquiotibiales ➤ Bíceps femoral ➤ Cuádriceps 	 <p>Fuente: Hogar San José Elaborado: Fernández & Henríquez</p>
<p>Actividades con pelota de Bobath:</p> <p>Paciente en posición bípeda a sedente erguida, esta actividad ayuda a que el adulto mayor se concentre en mantener su equilibrio consiguiendo que los músculos se fortalezcan o tonifiquen, reduciendo el riesgo de lesiones.</p> <p>Repeticiones : 2-5 Descanso:30 segundos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paravertebrales ➤ Psoas ilíaco ➤ Cuádriceps ➤ Sartorio ➤ Recto anterior ➤ Tibial anterior 	 <p>Fuente: Hogar San José Elaborado: Fernández & Henríquez</p>

BIBLIOGRAFÍA

- Agria, F. F. (2016). Obtenido de <http://www.fundacionfuenteagria.org/Web/contenido/centros-de-dia-mayores-de-50-anos/objetivos>
- Alvis Gómez, K. &. (2016). Physiotherapy and occupational health: professional actions in its promotion and prevention. *Revista iberoamericana fisioterapia kinesiologia*, 176.
- Aventurate. (2011). *Aventuratecuador*. Obtenido de Historias del Asilo San José: <http://aventuratecuador.blogspot.com/2011/06/historias-del-asilo-san-jose.html>
- Caballero Riera, L. O. (2011). Programa de actividades físicas con carácter lúdico. *EF Deportes*, 152.
- Caballero, L. M. (2011). *Actividades Físicas con caracter ludico para el adulto mayor*. Obtenido de <http://www.efdeportes.com/efd152/actividades-fisicas-con-caracter-ludico-para-el-adulto-mayor.htm>
- Cano de la Cuerda, R. &. (2012). *Neurorrehabilitación: métodos específicos de valoración y tratamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- CEPAL. (2016). *Envejecimiento. Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. Obtenido de <http://www.cepal.org/es/temas/envejecimiento>
- Franch, O. (2016). Obtenido de Alteraciones de la marcha en el anciano: <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/t-movimiento-8.html>

Hernandez Sampieri, R. (2010). Metodología de la Investigación. . México: Mc Graw Hill.

INEC. (2011). *En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, 28% se siente desamparado*. Obtenido de www.ecuadorencifras.com

Lizano Salazar, M. F. (2014). La actividad lúdica y su influencia en el adulto mayor en el hogar de Jesús” congregación de madres doroteas. Ambato.

MIES. (28 de 02 de 2014). *Norma Técnica para el adulto mayor* . Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACIO%CC%81N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>.

MORALES, V. (10 de 2008). *Poblacion Adulto Mayor*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf.

RICO, C. A. (2000). Obtenido de <http://www.redcreacion.org/articulos/terceraedad.htm>

SABE. (2013). Ecuador en Cifras. En *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*.

SAGG. (07 de 2015). *Escala de Tinetti*. Obtenido de www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2015/07/Escala_de_Tinetti.doc.

Sanitas. (2017). *Escala Tinetti para el equilibrio y la marcha*. Obtenido de <http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/escala-tinetti.html>.

Suarez, H. &. (2009). Balance disorders in the elderly. *Revista Médica Clínica Condes*, 401-407.

Villar San Pío, T. M. (2014). Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. Tratado de Geriátría para residentes, .

Yturralde, E. (2016). *La lúdica y el aprendizaje*. . Obtenido de <http://www.ludica.org/>: <http://www.ludica.org>

ANEXOS

Anexo I

Foto 1. Actividad con conos.



Esta actividad se realiza con obstaculos reeducando el patrón normal de la Marcha.

Foto 2. Actividad con pelotas



En esta actividad se fortalece los miembros superiores e inferiores.

Foto 3. Actividad con el disco de Propiocepción



Se realiza esta actividad para mejorar el equilibrio y coordinación.

Foto 4: Actividad con rampa



Se realiza este ejercicio para mejorar la Marcha con dificultad iniciando desde la rampa y finalizando en escaleras.

Foto 5. Actividad en paralela con obstáculos.



Se realizó este ejercicio para ayudar a los pacientes a recuperar su fuerza, equilibrio y la independencia.

Foto 6. Actividad con ula ulas.



Este ejercicio se realizó para mejorar la marcha, coordinación visomotora de una forma creativa.

Foto 7. Actividad con la pelota de Bobath



Esta actividad se realizó para mejorar el equilibrio y el control postural.

Anexo II

ESCALA DE TINETTI

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Antecedentes de caída: Sí _____ No _____ Causa: _____

Escala de Tinetti para el equilibrio:

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

1. Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	= 0 ____
	Estable y seguro	= 1 ____
2. Se levanta	Incapaz sin ayuda	= 0 ____
	Capaz pero usa los brazos	= 1 ____
	Capaz sin usar los brazos	= 2 ____
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	= 0 ____
	Capaz pero requiere más de un intento	= 1 ____
	Capaz de un solo intento	= 2 ____
4. Equilibrio inmediato de pie (15 seg)	Inestable (vacila, se balancea)	= 0 ____
	Estable con bastón o se agarra	= 1 ____
	Estable sin apoyo	= 2 ____
5. Equilibrio de pie	Inestable	= 0 ____
	Estable con bastón o abre los pies	= 1 ____
	Estable sin apoyo y talones cerrados	= 2 ____
6. Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	= 0 ____
	Vacila se agarra	= 1 ____
	Estable	= 2 ____
7. Ojos cerrados (de pie)	Inestable	= 0 ____
	Estable	= 1 ____
8. Giro de 360 °	Pasos discontinuos	= 0 ____
	Pasos continuos	= 1 ____
	Inestable	= 0 ____
	Estable	= 1 ____
9. Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	= 0 ____
	Usa las manos	= 1 ____
	Seguro	= 2 ____
Puntuación del equilibrio:	16	

Escala de Tinetti para la marcha:

Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador).

1. Inicio de la marcha	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	= 0 ____
	Sin vacilación	= 1 ____
2. Longitud y altura del paso	A) Balanceo del pie derecho	
	No sobrepasa el pie izquierdo	= 0 ____
	Sobrepasa el pie izquierdo	= 1 ____
	No se levanta completamente del piso	= 0 ____
	Se levanta completamente del piso	= 1 ____
	B) Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	= 0 ____
	Sobrepasa el pie derecho	= 1 ____
	No se levanta completamente del piso	= 0 ____
	Se levanta completamente del piso	= 1 ____
3. Simetría del paso	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo	= 0 ____
	Pasos derechos e izquierdos iguales	= 1 ____
4. Continuidad de los pasos	Discontinuidad de los pasos	= 0 ____
	Continuidad de los pasos	= 1 ____
5. Pasos	Desviación marcada	= 0 ____
	Desviación moderada o usa ayuda	= 1 ____
	En línea recta sin ayuda	= 2 ____
6. Tronco	Marcado balanceo o usa ayuda	= 0 ____
	Sin balanceo pero flexiona rodillas o la espalda o abre los brazos	= 1 ____
	Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda	= 2 ____
7- Posición al caminar	Talones separados	= 0 ____
	Talones casi se tocan al caminar	= 1 ____

Puntuación de la marcha: _____

12

Puntuación total: _____

28

Anexo III

ÍNDICE DE BARTHEL

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa –

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulaci3n

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rselo y quit3rsela s3lo
10	Necesita ayuda	supervisi3n o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisi3n física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha					
Puntuaci3n Total					



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Fernández Ordinola, Josellin Karime**, con C.C: # 0704634864 autor/a del trabajo de titulación: **Actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico en pacientes adultos mayores de 65-80 años de edad con déficit de equilibrio y marcha en el Hogar San José de la ciudad de Guayaquil durante el periodo octubre 2016 - febrero 2017.** previo a la obtención del título de **Licenciada en Terapia Física** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **15 de marzo de 2017.**

f. _____

Nombre: **Fernández Ordinola, Josellin Karime**

C.C: **0704634864**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Henríquez Torres, Giussett Adriana**, con C.C: # 0926067018 autor/a del trabajo de titulación: **Actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico en pacientes adultos mayores de 65-80 años de edad con déficit de equilibrio y marcha en el Hogar San José de la ciudad de Guayaquil durante el periodo octubre 2016 - febrero 2017**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Terapia Física** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **15 de marzo de 2017**.

f. _____

Nombre: **Henríquez Torres, Giussett Adriana**

C.C: **0926067018**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico en pacientes adultos mayores de 65-80 años de edad con déficit de equilibrio y marcha en el Hogar San José de la ciudad de Guayaquil durante el periodo octubre 2016 - febrero 2017.		
AUTOR(ES)	Henríquez Torres, Giussett Adriana Fernández Ordinola, Josellin Karime		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Grijalva Grijalva Isabel Odila		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Medicas		
CARRERA:	Terapia Física		
TITULO OBTENIDO:	Licenciados en Terapia Física		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	15 de Marzo del 2017.	No. DE PÁGINAS:	89
ÁREAS TEMÁTICAS:	Kinesioterapia, Técnicas Kinesioterapéuticas, Kinofilaxia.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Adulto mayor, ejercicios, actividades lúdicas, marcha, equilibrio, dependencia funcional.		
RESUMEN: Introducción: Las condiciones del adulto mayor, se ven deterioradas por el paso del tiempo y se vuelven en muchos casos limitantes que afectan su vida cotidiana pero sobretodo afectan su integridad y su inclusión en lo laboral y en lo social. La marcha y el equilibrio son una de las principales alteraciones que se deterioran sin reversa, de ellas depende que el adulto mayor pueda desenvolverse activamente valiéndose por sí mismo. Objetivo: Demostrar que las actividades fisioterapéuticas con carácter lúdico mejoran el equilibrio y marcha en el adulto mayor de 65-80 años de edad en el Hogar San José de la ciudad de Guayaquil. Metodología: Este estudio de investigación se realizó con un enfoque cuantitativo de diseño de tipo pre-experimental con una muestra probabilística de 40 adultos mayores evaluadas con el Test de Tinetti. Resultados: El análisis de estos datos nos permite determinar que dentro del grupo femenino que participo de las actividades se evidenció que un 80 % de ellas mejoró su marcha y equilibrio mediante toda la práctica realizada. Y dentro del grupo de hombres, se evidenció que un 60% obtuvo un mejor desempeño en su marcha. Conclusión: Mediante las actividades lúdicas mejoraron su independencia, movilidad y agilidad, evitando el deterioro progresivo de la condición física funcional, realizando ejercicios de equilibrio y marcha que ayudan a disminuir el riesgo de caídas y prevenir lesiones en el adulto mayor. Recomendación: Se sugiere personal de apoyo e instrumentos necesarios para la realización de las actividades planteadas en este proyecto de tesis realizadas en el Hogar San José.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0986559102 / 0988512053	E-mail: joshita02@hotmail.com giu_henriquez@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Sierra Nieto Víctor Hugo		
	Teléfono: +593-4-2206950 2206951		
	E-mail: victor.sierracu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			

