



UNIVERSIDAD FASTA
Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Kinesiología

Tesis de
Licenciatura

2016

Valoración geriátrica integral de los trastornos de la marcha y actividades de la vida diaria en adultos mayores

Micaela Zuliani

Tutora: Lic. Graciela Beatriz Tur
Asesoramiento Metrológico: Dra.Mg. Vivian Minnaard

**“En tiempos de cambio, quienes estén abiertos al aprendizaje se adueñarán del futuro,
mientras que aquellos que creen saberlo todo estarán bien equipados
para un mundo que ya no existe”**

Eric Hoffer.

A mi familia y amigos

Quiero comenzar agradeciendo a mi familia, a mis papas por el apoyo y el esfuerzo que hicieron, para que yo pueda estudiar lo que me gusta.

A mis abuelos que estuvieron para lo que necesité todos estos años.

A mis amigos que me ayudaron en no bajar los brazos y seguir adelante siempre dándome palabras de aliento.

A mis amigos de la facultad que me bancaron en todo y me acompañaron en estos años de estudio, haciendo de mi estadía en Mar del Plata mucho más agradable y divertida.

A la Dra. Mg. Vivian Minnaard por el asesoramiento metodológico por su compromiso y paciencia, siempre dispuesta y con buena energía.

Y, por último, a todos que a lo largo de esta etapa aparecieron y me brindaron su apoyo y colaboraron para que hoy en día me encuentre ante este momento.

Los trastornos de la marcha tienen un gran impacto en el adulto mayor y han aumentado en frecuencia como consecuencia del envejecimiento poblacional. Es así que ocasionan, riesgo de caídas, limitación psicológica del anciano por miedo a caer, y, en definitiva, son un factor de riesgo muy importante de institucionalización.

Objetivo: Determinar las representaciones de los trastornos de la marcha y el grado de independencia en las Actividades de la Vida Diaria en los adultos mayores a 65 no institucionalizados en la ciudad de Mar del Plata.

Material y métodos: es una investigación descriptiva cualitativa, de corte transversal, se recabaron datos mediante un instrumento que consta de mediciones y una entrevista acerca de las representaciones de los trastornos de la marcha. La muestra consta de 4 adultos mayores de ambos sexos, no institucionalizados mayores a 65 años. Los parámetros que se evaluaron son patrón de marcha, grado de independencia de las actividades de la vida diaria, equilibrio, factores que influyen en el desarrollo de las alteraciones de la marcha, movilidad articular y además se realizó una entrevista de 13 preguntas para determinar las representaciones de los trastornos de la marcha.

Resultados: el rango de la edad es de 70 a 80 años; con lo cual el 50% de la muestra de sexo femenino compone el rango de mayor edad, siendo de 78 y 80 años. En la movilidad articular hay que señalar que la muestra en su totalidad tiene un rango de movilidad incompleto, algunos padeciendo más restricciones que otros, como por ejemplo en la encuesta número 1 y 3 que poseen un rango de movilidad incompleto alto, siendo que en cuanto a la edad que poseen es 70 años, la menor edad en la muestra y 80 años, el rango de edad más alto en la muestra. En cuanto al rango de movilidad incompleto bajo se observa en las encuestas número 2 y 4 cursan con una edad media de 75 y 80 años. Los patrones de marcha que se refleja en la muestra son: marcha hemipléjica, marcha antiálgica, marcha senil y antiálgica, y por último marcha cerebelosa, indicando cada uno diferentes valores en cada variable medida. Al comparar los factores que influyen en el desarrollo de las alteraciones de la marcha, se observa que los factores que más intervienen en los trastornos de la marcha son inestabilidad, alteraciones visuales, enfermedades crónicas y agudas. Al analizar, sobre como impacto la forma de caminar en relación a las actividades de la vida diaria según las representaciones de los adultos mayores, el resultado fue el siguiente, impacto de manera contundente; se refirieron de esta forma: _ Mucho, dificultoso en todo 3 de 4 y Me preocupaba, me llevaba más tiempo 1 de 4. Se determinó que las representaciones a cerca del grado de autonomía que padecen, es que requieren de una persona para hacer las cosas 2 de 4, el grado de autonomía es nulo 1 de 4 y, por último, el grado de autonomía que representa es independiente, realiza las tareas sin ayuda 1 de 4.

Conclusiones: Los trastornos de la marcha afectan al adulto mayor de manera considerable, deteriorando su estado físico, psíquico y social. Las causas suelen ser multicausal, aunque en su mayoría son neurológicas y músculo- esqueléticas; en la muestra tomada dos padecieron un accidente cerebro vascular, otro padece un trastorno cerebeloso y el cuarto se debe a una inmovilidad prolongada producto de varias enfermedades. El grado de independencia en las actividades de la vida diaria no está directamente ligado, a la edad ni al sexo. Se observó que las actividades más comprometidas en la funcionalidad fueron las siguientes: bañarse, vestirse, movilidad y uso del retrete. Las representaciones de los adultos mayores acerca de los trastornos de la marcha no son optimistas, se sienten inseguros e imposibilitados en las actividades de la vida diaria.

Palabras claves: trastornos de la marcha, adulto mayor, representaciones de los trastornos de la marcha, independencia de las actividades de la vida diaria.

The gait disorders have a major impact on the elderly and have increased in frequency as a result of population aging. So they cause, risk of falls, psychological limitation of the elderly for fear of falling, and, in short, is a very important risk factor of institutionalization.

Objective: To determine the representations of gait disorders and the degree of independence in Activities of Daily Living in adults over 65 no institutionalized in the city of Mar del Plata.

Material and methods: a qualitative descriptive, cross-sectional data were collected by an instrument consisting of measurements and an interview about the representations of gait disorders. The sample consists of 4 seniors of both sexes, no institutionalized over 65 years. The parameters that were evaluated are walking pattern, degree of independence in activities of daily living, balance, factors influencing the development of abnormal gait, joint mobility and also an interview of 13 questions was conducted to determine the representations of gait disorders.

Results: The age range is 70 to 80 years; whereby 50% of the female sample consists range oldest being 78 and 80 years. Joint mobility should be noted that the whole sample have a range of incomplete mobility, some suffer from limitations as others, such as the survey number 1 and 3 have a range of motion incomplete high, being that as at the age they possess is 70 years, the youngest in the sample and 80 years, the highest age range in the sample. As for the range of low mobility incomplete surveys observed in number 2 and 4 present with an average age of 75 and 80 years. March patterns reflected in the sample are: hemiplegic march, march antiálgica, senile and antalgic gait, and finally Cerebellar running, indicating each as different values for each variable. When comparing the factors influencing the development of gait disturbance, it is observed that the main factors involved in gait disorders are instability, visual disturbances, chronic and acute diseases. When analyzing, on how impact Gait in relation to the activities of daily life according to the representations of the elderly, the result was as follows, overwhelmingly impact; were he spoke in this way: _ Long, difficult in all 3 of 4 and I was worried, I took longer 1 of 4. It was determined that representations about the degree of autonomy they suffer, is that they require a person to make the 2 of 4 things, the degree of autonomy is null April 1 and finally, the degree of autonomy which represents independent, performs tasks unassisted April 1.

Conclusions: gait disorders affecting the elderly significantly, impairing their physical, mental and social state. The causes are often multi-causal, although most are neurological and muscle-skeletal; in taken shows two suffered a stroke, another suffering a cerebellar disorder and the fourth is due to prolonged immobility product of several diseases. The degree of independence in activities of daily living is not directly linked to age or sex. It was noted that the activities engaged in more functionality were: bathing, dressing, mobility and use of the toilet. Representations of seniors about gait disorders is not optimistic, they feel insecure and unable in activities of daily living.

Keywords: gait disorders, elderly, representations of gait disorders, daily life activities.

Introducción	1
Capítulo I	
Trastorno de la marcha en la tercera edad	4
Capítulo II	
Calidad de vida y dependencia en los adultos mayores	15
Diseño Metodológico	25
Análisis de Datos	35
Conclusiones	51
Bibliografía	54

Introducción



Los trastornos de la marcha tienen un gran impacto en el adulto mayor y han aumentado en frecuencia como consecuencia del envejecimiento poblacional. Es así que las alteraciones de la marcha ocasionan un aumento de morbilidad, riesgo de caídas, limitación psicológica del anciano por miedo a caer, y, en definitiva, son un factor de riesgo muy importante de institucionalización (Villar San Pío & Mesa Lampreé, 2013)¹.

El envejecimiento es un proceso que ocasiona múltiples cambios en el sistema musculoesquelético, como atrofia de los músculos, y disminución de su masa y fuerza: se producen cambios degenerativos del sistema piramidal y disminución en la capacidad de coordinación neuromuscular, que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Estos cambios modifican las características de la marcha; se mueven de forma lenta y cautelosa, con pasos inseguros y una base de sustentación ancha. Tienen tendencia a irse hacia atrás y disminuyen la velocidad a un 20 %. Todo esto hace referencia a una marcha inestable, lenta y comprometida biomecánicamente (Rodríguez, 2011)².

Es evidente que los adultos no solo pierden fuerza y resistencia aeróbica, sino también propiocepción y equilibrio. La pérdida del equilibrio junto a la recurrencia de las caídas constituye uno de los grandes síndromes gerontológicos; lo que representa una amenaza dada su incidencia. Cada año se caen entre el 20 y 30 % de los ancianos que viven independientemente, en el 25 % de los casos se produce una lesión importante y en el 5 % una fractura (Oriol Franch, 1997)³. Este trabajo tiene como fin determinar las representaciones de los trastornos de la marcha de cada adulto mayor; al igual que describir de manera teórico-práctica acerca de los trastornos de la marcha y destacar como repercute en la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Poder ser independiente para realizar las actividades de la vida diaria es de suma importancia, significa ser capaz de desplazarse, tanto por la casa como por la calle, vestirse, higiene personal, etc. es algo que no se suele apreciar hasta que se pierde. Esto es uno de los problemas más graves que se enfrentan los sistemas de salud y seguridad social de todo el mundo. La conservación de la marcha es uno de los requisitos más importantes para llegar a la vejez satisfactoriamente, sus trastornos son muy frecuentes causando limitación de las actividades (López Soto, 2008)⁴. Por ello es preciso abordar estos problemas ya que es de suma importancia en el

¹Lampreé, señala que los Los trastornos de la marcha son un problema frecuente en las personas mayores , causando limitaciones de las actividades al perder la deambulacion independiente siendo un factor importante para la ins

²Rodríguez, hace referencia al proceso de envejecimiento y los cambios que conlleva la vejez. Se sugiere ampliar la informacion en www.campusvirtualgitt.com/redco/images/20132/Vejez%20y%20envejecimiento%202012%20RODRIGUEZ%20K.D.pdf.

³Franch, explica la incidencia Las alteraciones del equilibrio siendo frecuentes el riesgo de caídas y lesiones relacionadas con estas mis

⁴ Soto, destaca la necesidad de mantener una calidad de vida para desenvolverse en el entorno que lo rodea, pudiendo de esta manera desplazarse, vestirse, higiene personal, etc.

contexto actual y proporcionar respuestas a la creciente demanda con el fin de promover una adecuada calidad de vida y evitar las posibles complicaciones que pongan en riesgo la autonomía y la independencia. Es por esto que esta revisión pretende entregar las bases fisiológicas, fisiopatológicas, clínicas y terapéuticas para una correcta evaluación e intervención del adulto mayor con trastorno de marcha (Cerde A. 2014)⁵.

Surge el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las representaciones de los trastornos de la marcha y el grado de independencia en las Actividades de la Vida Diaria en los adultos mayores a 65 años no institucionalizados en la ciudad de Mar del Plata?

El objetivo general que se plantea es:

➤ Determinar las representaciones de los trastornos de la marcha y el grado de independencia en las Actividades de la Vida Diaria en los adultos mayores a 65 no institucionalizados en la ciudad de Mar del Plata.

Los objetivos específicos son:

- Reconocer los pacientes que presentan alteraciones de la marcha.
- Analizar las representaciones de los trastornos de la marcha.
- Indagar el grado de independencia de las Actividades de la Vida Diaria en el adulto mayor.
- Evaluar los factores que más influyen en el desarrollo de las alteraciones de la marcha en los adultos mayores.
- Valorar capacidad física como traslado, movilidad articular, equilibrio.

⁵ Cerda, menciona sobre la importancia de abordar acerca de los trastornos de la marcha y la calidad de vida de las personas de la tercera edad para una vejez satisfactoria

Capítulo I

Trastorno de la marcha en la tercera edad



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. 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 con la edad avanzada. No está claro a partir de qué situación deja una marcha de ser normal para la edad del paciente y se trata de un cuadro patológico. 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 (Franch, 1997)⁶.

Las alteraciones de la marcha requieren conocer los factores fisiológicos y anatómicos de la marcha normal.

Cerda (2010)⁷ se refiere a la marcha como:

“Una serie de movimientos alternantes y rítmicos de las extremidades y del tronco que determinan un desplazamiento del centro de gravedad hacia adelante”.

La marcha tiene dos componentes interrelacionados, el equilibrio y la locomoción. El equilibrio es: la capacidad de adoptar la posición vertical y mantenerla en forma estable. Existe un equilibrio estático, necesario para mantener una postura y un equilibrio dinámico, requerido durante el desplazamiento en el espacio. Tanto para la mantención del equilibrio como para la locomoción, se requiere de la interacción de los sistemas aferentes como el sistema visual, vestibular y propioceptivo, que llevan información al sistema nervioso central, con los centros de proceso de esta información como el tronco, cerebelo, y los hemisferios cerebrales, de la eferencia motora por la vía piramidal y extrapiramidal y del aparato músculo-esquelético, construyéndose así un programa motor, en un contexto de decisiones voluntarias y continuos ajustes inconscientes del sujeto o reflejos posturales. 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. Las estrategias posturales que usa el ser humano para mantener el equilibrio son la estrategia de tobillo y de cadera. Las personas de la tercera edad tienden a desarrollar estrategias de cadera, que se generan cuando la superficie de soporte es móvil

⁶ Franch, describe los trastornos de la marcha como un problema recurrente que tienen que afrontar las personas de la tercera edad. Además, explica en qué situación deja una marcha de ser normal.

⁷ Cerda, define la marcha como una serie de movimientos alterantes y rítmicos que determinan el desplazamiento.

o más pequeña que los pies, o cuando el centro de gravedad se mueve más rápidamente. El ciclo de la marcha se inicia cuando el talón contacta con el suelo y termina con el siguiente contacto con el suelo del mismo pie. Las dos fases del ciclo son la de apoyo y la fase de balanceo. Una pierna está en fase de apoyo cuando se encuentra en contacto con el suelo y está en fase de balanceo cuando no contacta con el suelo. Existe un momento en que ambos pies están en contacto con el suelo denominado fase de doble apoyo (Soler-Gracia, 1999)⁸. 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 ejemplo el brazo izquierdo se desplaza con la pierna derecha hacia delante, mientras el brazo derecho lo hace hacia atrás (Teresa Villar San Pío & Pilar Mesa Lampreé, 2013)⁹. Se puede dividir el mecanismo de la marcha en tres fases: despegue, avance y apoyo:

Cuadro N° 1: Las fases de la marcha.

FASES	Despegue	Mientras la rodilla se encuentra bloqueada en extensión, el sóleo y los gemelos impulsan la extremidad, levantando el talón del suelo, al mismo tiempo que la musculatura abductora y el cuádriceps del miembro contralateral evitan que bascule la pelvis manteniéndola fija.
	Avance	Con la extremidad contralateral soportando toda la carga, la de referencia se eleva y se desplaza hacia delante. Para ello se flexionan progresivamente la cadera y la rodilla, mientras que el tobillo y el pie se van extendiendo paulatinamente para evitar el roce con el suelo
	Apoyo en el suelo	Se inicia con el talón e inmediatamente implica a la totalidad de la planta del pie, manteniendo la rodilla ligeramente flexionada. En este momento comienza la fase de despegue de la extremidad contralateral.

Fuente Adaptada de Teresa Villar San Pío & Pilar Mesa Lampreé, 2013.

⁸ Soler Gracia, define los componentes de la marcha como el equilibrio y la locomoción y cuál es su interrelación entre ellos.

⁹ Lampreé, analiza las fases de la marcha normal y la biomecánica de esta. Para más información se recomienda <http://geriatriaipn.blogspot.com.ar/2013/03/alteraciones-de-la-marcha-inestabilidad.html>.

Se describe la marcha en distintos aspectos tales como:

Cuadro N° 2: Aspectos a tener en cuenta para la evaluación de la marcha.

Características de la marcha	
Longitud del paso:	Es la distancia entre los puntos de contacto de un pie y el otro pie. Depende de la estatura y se acerca a 40 cm.
Altura del paso:	El movimiento de las extremidades inferiores otorga una altura de 5 centímetros al paso, evitando el arrastre de los pies.
Amplitud de base:	La distancia entre ambos pies es la base de sustentación y equivale a 5 a 10 centímetros.
Cadencia o ritmo del paso:	Se relaciona con la longitud del paso y la altura del individuo. Los sujetos altos dan pasos a una cadencia más lenta, en cambio los más pequeños dan pasos más rápidos. Puede ir entre 90 a 120 pasos/min.
Desplazamiento vertical y lateral:	Equivalen a 5 cm cada uno.
Movimiento articular:	Los movimientos articulares de tobillo ocurren entre los 20° de flexión plantar y los 15° de dorsiflexión. La rodilla se mueve entre extensión completa a 60° de flexión en la fase de balanceo. La cadera se moviliza entre 30° de flexión y 15° de extensión.
Velocidad:	Se aproxima a 1 metro por segundo; sin embargo, puede variar en un rango entre 3 y 4 Km/hr dependiendo del largo de las extremidades inferiores y la resistencia aeróbica del individuo.

Fuente Adaptada de Cerda A. (2014)¹⁰

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental. Dichos cambios predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades. A medida que envejecemos nuestra corporalidad y motricidad se debilita, debido no sólo al envejecimiento biológico sino también a una disminución de la actividad motora.

Camacho Solís, 2010¹¹ define envejecimiento como:

“Un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de adaptación”.

¹⁰ Cerda, destaca algunos aspectos que son necesarios considerar para el análisis de la biomecánica de la marcha.

¹¹ Camacho Solís, define el proceso de envejecimiento como un proceso natural sobre el cual influye varios factores y cambios morfológicos, psicológicos, funcionales y bioquímicos que repercuten en la capacidad de adaptación del individuo.

La marcha puede alterarse como consecuencia de disminución de la fuerza muscular, alteración de la coordinación entre agonistas y antagonistas, causas funcionales y combinaciones entre ellas. Es fundamental aprender a explorarla lo mejor posible. No obstante, la mera observación nos va a orientar hacia el origen del trastorno predominante (María López-Terrada Covisa, 2011)¹². Según su etiología los trastornos de la marcha se clasifican: por problemas neurológicos, que afectan al 20-50% de las personas mayores y son una de las causas más comunes de caídas, entre las más frecuentes se encuentra la Marcha hemipléjica o de segador, Marcha en tijeras, Marcha parkinsoniana o festinante, Marcha apráxica, Marcha atáxica o taloneante, Marcha atáxica cerebelar, Marcha vestibular o en estrella, Marcha en estepaje o equina. También puede ser por problemas circulatorios, es decir la Marcha claudicante y por último por problemas musculoesqueléticos, asociado a problemas generados por la inmovilidad y el desuso, asimismo hay multitud de patologías que producen debilidad muscular y alteración de la marcha como hipo e hipertiroidismo, polimialgia reumática, polimiositis, osteomalacia y neuropatías. Las marchas más características, Marcha de pingüino y Marcha antiálgica (Abellán Van Kan, 2010)¹³.

Los efectos de la edad afectan varias estructuras del organismo; los huesos se vuelven más frágiles y se pueden romper con más facilidad. Se presenta disminución de la estatura, principalmente debido al acortamiento del tronco y la columna. Debido al deterioro de las estructuras articulares se puede presentar inflamación, dolor, rigidez y deformidades. Casi todas las personas mayores resultan afectadas por cambios articulares que van desde una rigidez leve a una artritis grave. La postura se puede volver más encorvada, es decir más inclinado el tronco, al igual que las rodillas y las caderas se pueden presentar más flexionadas. El cuello se puede inclinar, los hombros se pueden volver más estrechos, mientras que la pelvis se vuelve más ancha, el movimiento es lento y puede volverse limitado, por lo que el patrón de la marcha, el caminar, se vuelve más lento y más corto. La marcha se puede volver inestable y hay poco movimiento de brazos. Las personas mayores se cansan más fácilmente y tienen menos energía. La fuerza y la resistencia cambian, ya que la pérdida de masa muscular reduce la fuerza. Sin embargo, la resistencia puede aumentar algo por los cambios en las fibras musculares. Los atletas que envejecen con pulmones y corazón saludables pueden notar que el desempeño mejora en las pruebas que

¹²Covisa, menciona las causas por la que se puede afectar la marcha, ya sea por pérdida de la fuerza o una alteración de la coordinación. Lo fundamental que destaca este autor es la exploración y la observación para orientar el tratamiento.

¹³ Abellán, explica la importancia de la observación para determinar la etiología; de esta manera clasifica los trastornos de la marcha por problemas neurológicos, circulatorios y musculoesqueléticos.

requieren resistencia y disminuye en eventos que requieren explosiones cortas de un desempeño de alta velocidad (Salerno, 2008)¹⁴.

Son los cambios y trastornos relacionados con el envejecimiento que afectan a las funciones necesarias para mantener el equilibrio. Estas funciones son: la propioceptiva, la vestibular y la visual que se integran a nivel del cerebelo. También son importantes en este sentido la función musculoesquelética y la cognitiva. Esto puede predisponer alteraciones en la marcha, tales como alteraciones oculares, que contribuye en un 50% a la inestabilidad. Los problemas visuales se relacionan con el 25- 50% de las caídas. El envejecimiento habitualmente supone la aparición de cataratas, disminución de la percepción y agudeza visual, disminución de la capacidad para discriminar colores, trastornos en la tolerancia a la luz y adaptación a la oscuridad. Se calcula que un anciano de 80 años ha perdido un 80% de su agudeza visual. Las alteraciones vestibulares: Con la edad se produce una pérdida de cilios en el oído interno, angioesclerosis y alteraciones bioeléctricas que se traducen en una respuesta deficiente del reflejo vestíbulo-ocular que ayuda a mantener el equilibrio durante el movimiento y del reflejo de enderezamiento. Las Alteraciones musculoesqueléticas, con la edad, disminuye progresiva la masa magra muscular, sarcopenia. Ésta a su vez se traduce en una disminución progresiva de la fuerza muscular que se centra, sobre todo, en los músculos antigravitatorios como el cuádriceps, extensores de la cadera, dorsiflexores del tobillo y tríceps. Se calcula que a los 70 años la fuerza ha disminuido entre un 25 y un 30% respecto al sujeto joven (Abellán Van Kan, 2010)¹⁵.

Realizar una buena evaluación del paciente con trastorno de marcha es clave para poder sospechar la etiología del problema y orientar el estudio. Se debe preguntar por la evolución del trastorno de marcha si es lentamente o rápidamente progresiva, estacionaria, en escalones y la coincidencia con aparición de otros síntomas como, por ejemplo: síncope, vértigo, caída, temblor, falta de fuerza, dolor, rigidez, alteración sensitiva, entre otras. o síndromes geriátricos como el deterioro cognitivo, incontinencia, constipación, trastorno del ánimo, polifarmacia. También es importante investigar por antecedentes funcionales como capacidad de marcha intra y extradomiciliaria, uso de ayudas técnicas, uso de dispositivos para déficit sensoriales como lentes o audífonos, capacidad de realizar otras actividades de vida diaria, incluyendo actividades de riesgo y miedo a caer. También se debe preguntar por antecedentes como comorbilidades como la artrosis, osteoporosis, enfermedades neurológicas, cardíacas, epoc, insuficiencia vascular, diabetes mellitus, hábitos, fármacos, antecedentes mórbidos familiares, apoyo sociofamiliar y ambiente. La exploración se

¹⁴ Salerno, explica los efectos de la edad sobre el organismo y las consecuencias que acarrea en la marcha, tal como disminución de la velocidad, aumento de la base de sustentación, entre otras.

¹⁵ Abellán, expone los cambios relacionados con el envejecimiento que afectan a las funciones necesarias para mantener el equilibrio. Estas funciones son: la propioceptiva, la vestibular y la visual.

estructura en examen físico general y segmentario, para investigar la etiología del trastorno de marcha, el énfasis debe estar en el examen músculoesquelético y neurológico, sin olvidar la evaluación sensorial como la visión y audición, como también evaluar el estado cardiorespiratorio y mental. El examen músculo-esquelético se centra en columna y extremidades inferiores. Debe considerar la inspección de la postura de tronco como la escoliosis, cifosis y extremidades, de las masas musculares abdominales, glúteos, cuádriceps, dorsiflexores de tobillo, gemelos, intrínsecos del pie, deformidades óseas o de partes blandas de la rodillas y pies, alineación de las extremidades inferiores. Si se detecta alguna asimetría se pueden realizar medición de longitud de extremidades inferiores y mediciones de perímetros de muslos, pantorrillas y pies. La palpación debe estar dirigida a las zonas dolorosas más frecuentes en masas musculares y tejidos blandos periarticulares como las bursas, tendones, ligamentos. La evaluación articular de columna, cadera, rodilla, tobillo y pie debe incluir el rango de movimiento activo y pasivo y estabilidad articular, junto con pruebas especiales para identificar sinovitis, bloqueos, entre otras. (Lampré, 2007)¹⁶.

El interés de evaluar un trastorno de la marcha está en poder llegar a conocer el mecanismo por el que se ha producido y la entidad responsable del mismo, todo ello encaminado a instaurar un tratamiento. Los trastornos del equilibrio y de la marcha se consideran los factores más determinantes para el riesgo de caídas. Dependen de estructuras interrelacionadas: sistema visual, vestibular y propioceptivo. El control postural básico y los sistemas propioceptivo y vestibular se evalúan por medio del test de Romberg, valoraremos las oscilaciones del paciente de pie con los pies juntos y los ojos cerrados. Otras pruebas para la valoración del equilibrio son la estación unipodal y la marcha en tándem. Cuando el control postural intrínseco es bueno, el paciente puede mantenerse sobre un pie durante 30 segundos con los ojos abiertos y caminar en tándem durante 3-4 metros. La permanencia durante menos de 5 segundos en estación unipodal se considera un signo de fragilidad en el anciano. Es un factor de riesgo de caída con traumatismo en los ancianos con buen estado de salud. El riesgo de caída grave que requiera asistencia se multiplica por tres. Estos ancianos no pueden recuperar el equilibrio cuando resbalan. Otras pruebas sencillas de realizar son las siguientes: escala de Tinetti, consta de dos subescalas para la marcha y para el equilibrio, permite una valoración más objetiva del equilibrio y de la marcha para detectar riesgo de caídas. Tiene que ser realizado por personal de salud entrenado y demora 10 a 20 min. El puntaje máximo es 28 puntos y el punto de corte para riesgo de caída es 20 puntos (Ganeglius, 2011)¹⁷.

¹⁶ Lampré, detalla la importancia de la evaluación, la correcta anamnesis es la base para determinar la etiología y determinar la adecuada rehabilitación.

¹⁷Ganeglius, detalla algunas de las evaluaciones para la marcha, como por ejemplo test de Tinetti para la marcha y el equilibrio.

Se debe reentrenar las AVD básicas e instrumentales del adulto mayor que requieren locomoción y confeccionar adaptaciones y órtesis que estimulen la funcionalidad. Un aspecto fundamental de la rehabilitación de la marcha es el manejo del espacio donde se va a desenvolver el paciente. El terapeuta ocupacional realiza una evaluación ambiental integral considerando las características propias del adulto mayor, el ambiente físico y el ambiente social, generalmente a través de una visita domiciliaria. Esta evaluación permite reconocer las barreras ambientales y detectar riesgos para posteriormente proponer una intervención ambiental. Las recomendaciones básicas consideran cambios en los accesos a la vivienda y en el interior de ella, dormitorio, baño, cocina, pasillos, entre otras. Esto implica eliminar todo tipo de obstáculos que puedan afectar la marcha como alfombras, maceteros, muebles, cables, juguetes, mejorar la iluminación, la limpieza, entre otras. (Salerno, 2008)¹⁸.

El entrenamiento de la locomoción puede iniciar con arnés de sujeción, en especial cuando el equilibrio del paciente es precario. Luego barras paralelas, progresando hasta la marcha con ayudas técnicas. Una vez que el paciente camina con seguridad sobre terreno plano puede comenzar el reentrenamiento en escaleras y terreno irregular. Al subir escaleras se inicia subiendo la extremidad no afectada y se desciende primero con la pierna afectada. Es importante que se le enseñe al paciente la manera correcta de ponerse de pie si se cae y a que aprenda cómo utilizar sus ayudas técnicas en estos casos. Existe moderada evidencia que las pistas sensoriales, estímulos del medio para facilitar los movimientos automáticos y repetitivos del paciente, tienen un rol en mejorar las alteraciones de la marcha en los pacientes con parkinsonismos. Las pistas sensoriales pueden ser visuales como marcas en el suelo, escalones, auditivas con ritmo como música o somatosensoriales, caminar sobre una caminadora eléctrica. Se ha demostrado que el entrenamiento de la marcha en una caminadora con arnés de seguridad ha tenido excelentes resultados en la disminución del riesgo de caídas en pacientes con enfermedad de Parkinson. Aunque la marcha es rítmica y automática, podemos modificar la longitud y cadencia del paso a través de los estímulos visuales, obstáculos, sonidos rítmicos o caminadora eléctrica programada a distintas velocidades (Cerde, 2014)¹⁹.

El concepto de representación social es presentado inicialmente por Serge Moscovici, en el libro *El psicoanálisis: su imagen y su público* (1979). En su libro desarrolla conceptualmente el estudio de las representaciones sociales a partir de la noción de representaciones colectivas propuesta por Emilio Durkheim en el campo de la sociología. Durkheim emplea este concepto para analizar un tipo de fenómenos que tienen su origen en

¹⁸ Salerno, destaca la importancia del entrenamiento de las actividades de la vida diaria para adaptarse en el entorno que los rodea y estimular la funcionabilidad.

¹⁹ Cerde, explica cómo debe iniciar y seguir progresando hasta la marcha con ayudas técnicas y sugiere el entrenamiento en varias superficies y con obstáculos.

el entramado de relaciones sociales que establecen los individuos en una sociedad. Señala que las representaciones colectivas son:

“Realidades que sostienen con su sustrato íntimas relaciones y cuya autonomía no puede ser sino relativa; siendo el sustrato de estas representaciones colectivas el conjunto de individuos asociados” (Durkheim, 1898).

Las representaciones colectivas se producen por el intercambio de acciones que realizan los individuos como colectividad, en el seno de la vida social y constituyen, por lo tanto, hechos sociales que sobrepasan y se imponen al individuo, pues las propiedades individuales, al sumarse en la colectividad, pierden su especificidad y se constituyen en fenómenos eminentemente sociales (Ramírez, 2008)²⁰. Para Durkheim, las representaciones colectivas son una suerte de producciones mentales sociales, una especie de “ideación colectiva” que las dota de fijación y objetividad. Por el contrario, frente a la estabilidad de transmisión y reproducción que caracteriza a las representaciones colectivas, las representaciones individuales serían variables e inestables o, si se prefiere, en tanto que versiones personales de la objetividad colectiva, sujetas a todas las influencias externas e internas que afectan al individuo. Por otro lado (Moscovici, 1979)²¹, define las representaciones sociales como:

“...sistemas cognitivos con una lógica y lenguaje propios (...) No representan simples opiniones, imágenes o actitudes en relación a algún objeto, sino teorías y áreas de conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad (...) Sistema de valores, ideas y prácticas con una doble función; primero, establecer un orden que le permita a los individuos orientarse en un mundo material y social y dominarlo; y segundo permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad al proveerlos con un código para el intercambio social y para nombrar y clasificar sin ambigüedades aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal.

En opinión de este psicólogo social, las representaciones sociales no son sólo productos mentales, sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales; no tienen un carácter estático ni determinan

²⁰ Ramírez, señala los comienzos del concepto de representaciones sociales por el sociólogo Moscovici Serge a partir de la noción de representaciones colectivas propuesta por Emilio Durkheim.

²¹ Moscovici, fue un psicólogo social francés, nacido en Rumania. Su tesis del año 1961, exploró las representaciones sociales del psicoanálisis en Francia; también estudió epistemología e historia de la ciencia con el filósofo Alexandre Koyré.

inexorablemente las representaciones individuales. Son definidas como maneras específicas de entender y comunicar la realidad e influyen a la vez que son determinadas por las personas a través de sus interacciones. Equivalen, en sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; puede, incluso, afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común. Estas formas de pensar y crear la realidad social están constituidas por elementos de carácter simbólico ya que no son sólo formas de adquirir y reproducir el conocimiento, sino que tienen la capacidad de dotar de sentido a la realidad social. Su finalidad es la de transformar lo desconocido en algo familiar. Este principio de carácter motivacional tiene, en opinión de Moscovici, un carácter universal (Materán, 2008)²².

Las representaciones sociales cumplen cuatro funciones básicas: función de conocimiento, función identitaria, función de orientación y función justificatoria. La función de conocimiento, permite comprender y explicar la realidad, es decir que permiten a los actores sociales adquirir nuevos conocimientos e integrarlos, de modo asimilable y comprensible para ellos, coherente con sus esquemas cognitivos y valores, por otro lado, ellas facilitan y son condición necesaria para la comunicación social. En la función Identitaria, las representaciones participan en la definición de la identidad y permiten salvaguardar la especificidad de los grupos. Tienen también por función situar a los individuos y los grupos en el contexto social, permitiendo la elaboración de una identidad social y personal gratificante, o sea, compatible con el sistema de normas y valores social e históricamente determinados. Por otro lado, la función de orientación, las representaciones guían los comportamientos y las prácticas; intervienen directamente en la definición de la finalidad de una situación. La representación permite conformar un sistema de anticipaciones y expectativas; constituyendo por tanto una acción sobre la realidad. Posibilitan la selección y filtraje de informaciones, la interpretación de la realidad conforme a su representación. Ella define lo que es lícito y tolerable en un contexto social dado. Por último en la función justificatoria, las representaciones permiten a posteriori justificar un comportamiento o toma de posición, explicar una acción o conducta asumida por los participantes de una situación (Perera, 1999)²³.

Dos son los procesos a través de los cuales se generan las representaciones sociales. El primero es definido como objetivación y el segundo proceso es definido como anclaje. Estos mecanismos, a través de los cuales se forman las representaciones sociales, sirven para la definición de los grupos sociales al tiempo que guían su acción; así como también,

²² Materán, expone su interpretación a cerca del significado de las representaciones sociales; y hace referencia que estas son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales.

²³ Perera, describe las cuatro funciones que tienen las representaciones; estas son: función de conocimiento, función identitaria, función de orientación y función justificatoria.

explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación y cómo esta representación transforma lo social. El proceso de Objetivación incluye la selección y descontextualización de los elementos, ideas o conceptos hasta formar un núcleo figurativo que se naturaliza enseguida; es decir, los conceptos abstractos, relaciones o atributos son transformados en imágenes concretas. La Objetivación lleva a hacer real un esquema conceptual, ésta puede definirse como una operación formadora de imagen y estructurante; por lo que mediante este proceso se materializan un conjunto de significados, se establece la relación entre conceptos e imágenes, entre palabras y cosas; de esta manera, reconstruye el objeto entre lo que nos es familiar para poder controlarlo. Todas las definiciones sobre objetivación de una representación social intentan explicar el paso de un conocimiento científico al dominio público y que el segundo proceso de formación de una representación social: el anclaje, se liga al primero en forma natural y dinámica, es decir que se liga con el marco de referencia de la colectividad y es un instrumento útil para interpretar la realidad y actuar sobre ella. Este proceso permite que los eventos y objetos de la realidad que se presentan como extraños y carentes de significado para la sociedad, se incorporen en su realidad social. A través de este proceso la sociedad cambia el objeto social por un instrumento del cual pueda disponer, y este objeto se coloca en una escala de preferencia en las relaciones sociales existentes (Mora, 2002)²⁴.

²⁴ Mora, explica los procesos a través de los cuales se generan las representaciones sociales, objetivación y el anclaje.

Calidad de vida
y dependencia en
los adultos mayores

Capítulo II



El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

Rinessi, (2000)¹ Se refiere al envejecimiento como:

“Un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte”.

El envejecimiento se caracteriza por una disminución de las capacidades fisiológicas, declinando progresivamente las funciones de los órganos y sistemas. Este proceso puede variar de persona a persona, dependiendo de múltiples factores ya sean genéticos o ambientales como el estilo de vida, involucrando a este la actividad física. En este rubro las alteraciones que se producen en el organismo causa de manera natural una pérdida progresiva de su capacidad física y una disfunción del sistema músculo esquelético al disminuir de manera gradual la masa muscular, provocando consecuencias como una motricidad desequilibrada y precaria, volviéndose más frágiles, vulnerables y con menor autonomía funcional para realizar actividad física (Daza, 2011)².

Los múltiples cambios fisiológicos aparejados al hecho de envejecer, condicionan modificaciones en hábitos y conductas del anciano, así como limitaciones en su autonomía y funcionalidad; hacen de la persona mayor una persona vulnerable y susceptible de llegar a algún nivel de dependencia. Algunas personas mayores por falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria tales como comer, caminar, asearse, vestirse, bañarse, ir al baño y/o instrumentales como usar el teléfono, comprar, preparar la comida, tareas domésticas, utilizar transporte, tomar sus medicamentos, administrar dinero, salir a la calle.

En general, se entiende por dependencia a la dificultad o incapacidad que padece una persona y que la obliga a solicitar ayuda a un tercero, para poder realizar sus actividades cotidianas (Abellán, 2004)³. Por otra parte, se considera la dependencia como un atributo que poseen las personas que consiste en tener la necesidad de una asistencia o ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. Entre las razones por las cuales una persona

¹ Rinessi, define el proceso de envejecimiento como un deterioro de las capacidades fisiológicas como producto del paso del tiempo.

² Daza, explica el proceso de envejecimiento y las consecuencias que lleva el deterioro progresivo de las funciones de los órganos y sistemas.

³ Abellán, trabaja en el Instituto de Economía y Geografía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

puede poseer el atributo de dependencia se cuentan la falta o la pérdida de capacidad física, síquica o intelectual. De todas maneras, existe consenso que este concepto se vincula más a la función social que a la función orgánica. En este sentido, no es un problema de salud sino más bien de la esfera social. Teniendo presente lo anterior, podemos decir que el atributo de dependencia se corresponde, en general, con un proceso temporal en el cual, los individuos van perdiendo sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales (Casado, 2007)⁴

Varios factores determinan la dependencia de una persona mayor, como por ejemplo: el deterioro de algunos sistemas como respiratorio y cardiovascular. Esto provoca una disminución de la fuerza física, de la movilidad y del equilibrio. Esta suele ir asociada al deterioro o empeoramiento de la capacidad de la persona para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Este declive del organismo biológico se produce en todas las personas, aunque existen amplias diferencias en la forma en la que se envejece y en la que se afronta el envejecimiento. Además, el padecimiento durante la vejez de enfermedades crónicas tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, accidente vascular cerebral, enfermedad respiratoria crónica (EPOC), Parkinson, demencia, artrosis, osteoporosis y fracturas provocadas por caídas u otros accidentes, contribuyen a la dependencia. Las limitaciones sensoriales, sobre todo problemas de visión y de audición, influyen en gran medida en la dependencia de las personas mayores, porque dificultan de manera notable su interacción con el medio físico y social. La elevada frecuencia de enfermedades de diversos tipos entre las personas mayores trae consigo un alto consumo de fármacos que, a su vez, suele implicar efectos secundarios e interacciones farmacológicas no deseadas. La confusión, el deterioro cognitivo adicional, los efectos sedantes, la toxicidad cardíaca o la hipotensión ortostática son síntomas que provienen con frecuencia del consumo de fármacos por las personas mayores y tienden a aumentar su dependencia. Los trastornos cognitivos asociados al padecimiento de demencias como Alzheimer o los que se desarrollan tras sufrir un accidente cerebrovascular, son los problemas que afectan de forma más severa a la dependencia de las personas mayores porque limitan su actividad intelectual y su capacidad de recuerdo, de comunicación con los demás, de realización de acciones cotidianas, etc. La depresión contribuye de manera significativa a la dependencia en la edad avanzada. Lleva al aislamiento social, provoca un aumento de quejas sobre uno mismo y aumenta el declive cognitivo y funcional, todos ellos

⁴Casado, define el termino dependencia como una incapacidad o dificultad para realizar determinadas tareas con lo cual es necesario la ayuda de una tercera persona.

factores que potencian la dependencia (Becerra, 2013) ⁵. Asimismo, los factores vinculados a la personalidad, como las experiencias y aprendizajes a lo largo de la vida hacen que con la vejez las personas puedan transformar sus demandas y su postura sobre la aceptación de ayuda exterior ante las distintas situaciones de la vida cotidiana. Por último, los factores ambientales tanto el ambiente físico donde vive la persona mayor como a las actitudes y comportamientos de las personas cercanas a los mayores dependientes. Ambos pueden actuar ya sea a favor de su autonomía, o a favor de su dependencia (Protege, 2009)⁶. La pérdida de funcionalidad motora y cognitiva en un adulto mayor se refiere precisamente a la incapacidad, total o parcial, de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria respectivamente. Cuando los adultos mayores, producto del envejecimiento y de patologías, comienzan a perder una o ambas funcionalidades, los gastos en salud y en aparatos y elementos que facilitan la realización de estas actividades básicas e instrumentales, comienzan a incrementarse. La pérdida de funcionalidad motora obliga a las personas a utilizar bastones, andadores, sillas de ruedas y otros implementos; la pérdida de funcionalidad cognitiva las lleva a ser dependientes de otras personas para así lograr comunicarse con el entorno. Del mismo modo, la pérdida de funcionalidad, en general, hace aumentar las probabilidades que la persona tenga accidentes domésticos graves y patologías complejas. En la medida que la pérdida de funcionalidad motora y/o cognitiva se agudiza, tales personas requieren progresivamente más de cuidados prestados por otras personas. En este contexto, es necesario recurrir a cuidadores o a parientes. En la medición de la independencia funcional motora del adulto mayor se consideró acciones de: autocuidado, con la que se determinó si el adulto mayor por sí mismo es capaz de alimentarse, realizar su aseo personal, ir al baño, ponerse el vestuario, etc. De esta manera mediante la observación de lo es capaz de realizar se determina la repercusión funcional, que se clasifica en: deficiencia, incapacidad y discapacidad. La discapacidad es la incapacidad para realizar al menos una de las actividades de la vida diaria. Ambas categorías tienen en común que su prevalencia aumenta en las edades avanzadas y que confieren un riesgo de dependencia y muerte, pero se diferencian en 3 aspectos. En principio puede presentarse a partir de la disfunción de uno o varios sistemas fisiológicos, mientras la fragilidad siempre se presenta por la disfunción de múltiples sistemas. En segundo lugar, la discapacidad puede mantenerse estable durante años, mientras la fragilidad siempre progresa en el tiempo. Por último, la fragilidad puede presentarse en un número significativo de adultos mayores que no están discapacitados. La fragilidad puede

⁵Becerra, define la depresión como una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos, suele manifestarse con: tristeza, decaimiento, sensación de afrontar actividades y retos diarios.

⁶ Protege, Red de protección Social del Gobierno de Chile del Ministerio de Salud “Programa Salud del Adulto Mayor”.

causar discapacidad, independientemente de la existencia o no de enfermedades (Borrelli, 2009)⁷.

Las actividades de la vida diaria (AVD) son parámetros para estimar el nivel de autonomía e independencia de un individuo. Se define como:

"Todas aquellas tareas que el ser humano realiza de una forma cotidiana, y cuya no realización supone mayor o menor grado de discapacidad, pérdida de función, lo que le lleva a dependencia de terceras personas" (Borrelli, 2009)⁸.

De ahí la importancia asistencial económica y social/familiar que conllevan las actividades de la vida diaria. Las actividades que realizamos todos los seres humanos se separan en tres grupos: las actividades de la vida diaria Básicas (AVDB): Son las referentes al autocuidado y movilidad. Las actividades de la vida diaria Instrumentales (AVDI): Son las que realizamos para interactuar con nuestro entorno más inmediato. Las actividades de la vida diaria Avanzadas (AVDA): Son en términos generales, aquellas relacionadas con el trabajo y el tiempo libre. Hay por lo menos dos cuestiones metodológicas de la mayor importancia cuando se intenta medir y/o proyectar la dependencia. De los índices más conocidos dos parecen ser los clásicos, y que tienen su origen, al igual que la conceptualización de la dependencia en la década de los '60, esto son los índices de Katz y el índice de Barthel. El índice de Katz fue el primer instrumento utilizado para medir la dependencia. La hipótesis sostiene que las funciones o actividades más esenciales para la supervivencia, por ejemplo, comer, que son las menos complejas, son las que primero se adquieren en la niñez y las últimas que se pierden en el proceso de envejecimiento, mientras que las funciones más complejas y menos básicas para la supervivencia, por ejemplo, bañarse, se adquieren más tarde y se pierden más tempranamente. Un segundo índice, propuesto poco después que el de Katz, es el índice de Barthel. Este índice contempla 10 actividades asociadas a las ABVD (Alarcón, 1996)⁹.

La calidad de vida se considera como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la

⁷ Borrelli, explica que, en la medición de la independencia funcional motora del adulto mayor, se puede clasificar en: deficiencia, incapacidad y discapacidad.

⁸ Borrelli, define las Actividades de la Vida Diaria como actividades transculturales y universales de las personas.

⁹ Alarcon, expone el porqué de la necesidad de la valoración geriátrica en los ancianos, los cuatro pilares de la valoración con los componentes e instrumentos más adecuados para su medida, y la influencia de la enfermedad aguda en ellos

vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social, y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. El concepto de calidad de vida relacionada con la salud es el que lo concibe como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva. Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a una nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras y, en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente. En la tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene la calidad de vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física y los servicios que reciben las personas mayores (Botero, 2007)¹⁰. La calidad de vida en adultos mayores involucra la relación estrecha entre años de vida saludable y la esperanza de vida, en tanto, se puede expresar como la relación inversa entre calidad de vida y expectativa de incapacidad, es decir, a mayor calidad de vida menor discapacidad. Las personas mayores dependientes pueden necesitar ayuda en diversas actividades de la vida diaria. En el grado que puede alcanzar esta dependencia influyen muchos aspectos, no sólo el deterioro de la salud. Como se ha expuesto anteriormente, factores como el ambiente físico en el que vive la persona mayor o las actitudes y comportamientos de los familiares y otras personas cercanas ante el deterioro de su salud, su incapacidad también tienen una gran incidencia sobre el grado de autonomía e independencia que muestra. Las personas mayores pueden aprender a ser más autónomas; si los cuidadores lo ven de este modo no parece probable que promuevan una mayor autonomía de sus familiares mayores. La autonomía tiene un efecto positivo sobre la autoestima de la persona mayor: no podemos olvidar que nuestra sociedad valora y promueve la autonomía; la persona mayor que se ve obligada a depender y recibir la ayuda de los demás para mantener las actividades de la vida diaria se sentirá más

¹⁰Botero, define el concepto de calidad de vida como multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales.

improductiva, vulnerable, débil y dependiente (Protege, 2009)¹¹. Sin embargo, es posible que la actitud y forma de actuar de los cuidadores contribuya a que las personas mayores, aun con grandes niveles de dependencia, mantengan la confianza en sí mismas y su dignidad como personas. Para potenciar la autonomía de las personas dependientes se recomienda: acondicionar el entorno de la persona mayor para facilitar conductas independientes. Es importante que el entorno en el que ha de realizar sus tareas cotidianas sea lo más seguro posible y al mismo tiempo facilite su mayor independencia. Conviene revisar y eliminar la existencia de obstáculos ambientales que dificulten la autonomía y supongan un riesgo. Con el fin de promover conductas independientes, es posible que haya que realizar algunos cambios en la vivienda como la instalación de asideros para levantarse del retrete, suelos antideslizantes en el baño, puntos de luz en la cocina o el pasillo (Sanchez, 2003)¹². Es necesario observar a la persona mayor para conocer todo lo que puede hacer por sí misma, por eso es frecuente que los cuidadores presten más atención a las dificultades de la persona a la que cuidan que a las capacidades que atesora; esto es debido a que dedican mucho tiempo y esfuerzo a aliviar sus problemas. Los cuidadores que fomentan la autonomía de sus familiares prestan también especial atención a las capacidades que tienen preservadas. Aunque una persona mayor tenga dificultades para completar actividades como bañarse o vestirse, es posible que todavía pueda afrontar sola alguno de los pasos necesarios, como quitarse la ropa o enjabonarse. Antes de ayudarla a realizar una tarea, es importante saber qué puede hacer por sí misma. No hacer nada por la persona mayor que ésta pueda hacer por sí misma y ayudarla sólo en lo necesario. Una vez que se ha comprobado qué es exactamente lo que la persona mayor puede hacer por sí misma, es importante dejar que continúe haciendo todo lo que pueda sin ayuda. Nunca debe hacerse por la persona que se cuida algo que sea capaz de hacer de forma autónoma (Sanhueza, 2003)¹³.

Para promover la calidad de vida y un estilo de vida saludable, es primordial tres pilares: alimentación saludable, actividad física, sociabilización y uso del tiempo libre. La alimentación es crucial para la vida, la nutrición apropiada es esencial para conservar la salud. Al envejecer, las personas mayores deben comer más sanamente y evitar las comidas altas en calorías y bajas en nutrientes, vitaminas, minerales, fibra y proteínas, la mayor concentración de nutrientes se encuentran en las verduras, frutas, legumbres, pescado, pollo, etc., por lo que para lograr una buena nutrición, es importante que estos alimentos se consuman frecuentemente. Además de proveer a nuestros cuerpos con la

¹¹ Protege, menciona que las personas mayores pueden aprender a ser más autónomas, para esto es importante tener en cuenta un ambiente agradable.

¹² Sánchez, menciona la importancia de promover conductas independientes en el adulto mayor.

¹³Sanhueza, explica como potencial la autonomia de las personas adultas dependientes y detalla algunos cuidados a tener en cuenta.

energía y nutrientes necesarios, el comer y beber también satisfacen necesidades emocionales. Una comida apetecedora hace que una persona se sienta cómoda y contenta. Por otro lado, la actividad física debe ser parte de la vida diaria de las personas mayores. Desafortunadamente la mayoría de ellos no realiza suficiente actividad física. Esto puede contribuir a la disminución de las funciones físicas y mentales y predisponer a los ancianos a contraer enfermedades asociadas a la inactividad como las del corazón, diabetes y cáncer. Cada vez hay más estudios que demuestran los beneficios de la actividad física en pro del Envejecimiento Saludable, que manifiestan la importancia de la actividad física como factor de protección contra el sedentarismo y de las principales enfermedades crónico-degenerativas que frecuentemente acometen al adulto mayor; esto hace que los profesionales pasen a dar mayor énfasis en el consejo de este hábito (Protege, 2009)¹⁴. La actividad física contribuye a que las personas mayores se sientan mejor y disfruten más de la vida, incluso las personas que utilizan una silla de ruedas o que se encuentran en situación de dependencia severa, pueden hacer ejercicios para aumentar su flexibilidad desde su silla o cama. La pérdida de la masa muscular, conlleva un decremento en la fuerza de la misma, que como en el caso del cuádriceps, se relaciona con la velocidad al caminar y la fuerza para poder levantar el pie del suelo al desplazarlo. A lo anterior debe sumarse la debilidad de los músculos abdominales que facilitan la protusión hacia el frente de las vísceras intra-abdominales, lo que separa más el centro de masa de la segunda vértebra lumbar, o bien, la cifosis dorsal frecuente en los ancianos; todo lo cual provoca alteraciones del equilibrio y en consecuencia de la marcha (Burgos, 2006)¹⁵. Asimismo, los entrenamientos realizados en forma permanente mejoran la calidad de vida a las personas con problemas reumatológicos, respiratorios, cardiovasculares, diabetes, además de prevenir caídas que pueden llevar a la dependencia. Los ejercicios realizados contra resistencia mecánica, más conocidos como ejercicios resistidos, con pesos y musculación. Se trata de un entrenamiento muy eficiente para aumentar la fuerza muscular, la densidad ósea y la flexibilidad de los adultos mayores, inclusive en aquellos más longevos o portadores de intensa comorbilidad, adaptándose a los límites de amplitud que eventuales procesos degenerativos puedan determinar. Los disturbios posturales y las enfermedades pulmonares crónicas son algunas situaciones en las cuales la actividad física desempeña un papel importante en la recuperación de las aptitudes. Entre las técnicas utilizadas, se sabe que aquellas que provocan aumento de la fuerza y elasticidad muscular son las que

¹⁴Protege, expone los beneficios de la actividad física como un plan para promover un envejecimiento saludable y un estilo de vida saludable.

¹⁵ Burgos, añade que la sarcopenia es la pérdida de masa muscular esquelética por envejecimiento y contribuye en gran medida a la discapacidad y la pérdida de independencia del anciano.

permiten mayor adaptación a las limitaciones existentes (Filho, 2012)¹⁶. La ocupación de la jornada cotidiana de trabajo de las personas mayores procura asegurar la convivencia con otras personas dentro de la comunidad y, por añadidura, la satisfacción con la propia situación y desarrollo personal. La convivencia y la comunicación con los demás son un auténtico pulso vital, una suerte de oxigenación social vital para la supervivencia mental, personal y afectiva. Por último, la socialización y uso del tiempo libre es el tercer pilar para un estilo de vida saludable. Las personas mayores tienden a mantener su estilo de vida y, consecuentemente, también sus costumbres rutinarias en relación con la ocupación cotidiana de la jornada diaria (Chávez, 2013)¹⁷. Es preciso no olvidar la esfera, más directa y cercana, de los contactos familiares y las relaciones sociales en general. Las personas mayores aprovechan gran parte de su tiempo libre para entablar relación con otras personas, eso es lo que ocurre en los pasatiempos de todo tipo o a través de la pertenencia a clubes o asociaciones. Algo que mejora la salud física, fortalece la capacidad para adaptarse a situaciones difíciles y ayuda a reducir el estrés en los mayores. Es importante adoptar otros lugares en los que la persona de edad pase parte del tiempo libre, por ejemplo, los clubes o las asociaciones, ya que la mayoría de las actividades de ocio están vinculadas a contactos sociales; con lo que se observa una mayor inclinación hacia las relaciones dentro del encuadre familiar, lo cual no se debe solamente al transcurrir de los años, sino que más bien, es la consecuencia del cambio de posicionamiento social y contextual: algunas amistades mueren, la actividad profesional ya no constituye una fuente de contactos (Protege, 2009)¹⁸.

La prevalencia del sedentarismo es elevada a cualquier edad; actualmente es preocupante inclusive en los niños, entre los adultos jóvenes y principalmente en los adultos mayores, llegando a cifras superiores a los 90%, lo que exigirá de todos los profesionales e instituciones relacionadas a la promoción de la salud del adulto mayor una verdadera “fuerza de tarea” para reducir estas alarmantes estadísticas. Son reconocidos los efectos dañinos del sedentarismo en prácticamente todos los fenómenos biológicos, fisiológicos o fisiopatológicos; entre estos podemos destacar los siguientes: aterogénesis, capacidad pulmonar de ventilación, captación de oxígeno por los tejidos, coagulación de la sangre, equilibrio emocional, equilibrio hemodinámico, masa y calidad muscular, memoria y cognición, Metabolismo de los carbohidratos, movilidad intestinal, neoformación vascular,

¹⁶Filho, explica la importancia de la actividad física en el adulto mayor para mejorar la calidad de vida, además de prevenir las caídas y lograr la dependencia.

¹⁷Chávez, agrega que a medida que las personas envejecen se producen evidencias de modificaciones y alteraciones en su estado de salud física y psicológica, y esto interfiere en las relaciones sociales.

¹⁸Protege, añade que la socialización y el uso del tiempo libre es el tercer pilar para un estilo de vida saludable.

obesidad, osteogénesis, sociabilización (Ordax, 2006)¹⁹. El sedentarismo se está convirtiendo en una auténtica epidemia en los países desarrollados y, sin embargo, está bien demostrado que la actividad física reduce el riesgo de padecer afecciones cardíacas, diabetes y algunos tipos de cáncer, permite controlar mejor el peso y la salud de huesos y músculo y presenta indudables beneficios psicológicos. El sedentarismo se comporta como un importante factor de riesgo, los adultos mayores pueden presentar cualquier otra condición peculiar, por eso no es raro que encontremos un paciente en cama cuya historia clínica demuestre que el inicio de su limitación por una situación episódica, generalmente circunstancial como dolor, caída, ausencia temporal del cuidador, condiciones ambientales, entre otras, y que, con el paso del tiempo, tuvo su movilización progresivamente comprometida. Esta circunstancia es conocida por el nombre de síndrome de inmovilidad o inmovilismo y constituye uno de los cinco principales problemas que pueden comprometer la salud del adulto. Cuando es debidamente diagnosticada y tratada, hay recuperación que a veces es total de la aptitud motora y consecuentemente de la autoestima, lo que contribuye a aumentar la independencia y la longevidad. Cuando no es detectada, el paciente pasa a ser blanco de muchos procedimientos que buscan tratar las consecuencias, sin que la causa principal o común sea abordada, lo que limita mucho la eficacia de estas acciones. Se ha confirmado que la actividad física es el principal procedimiento terapéutico del síndrome de inmovilidad, por lo que podemos entender que el cuadro funcional desfavorable se instale por la progresiva reducción de la actividad motora, y que, por intermedio de su reactivación, sea progresivamente revertido. Su tratamiento, exclusivamente basado en la práctica de la actividad física, tiene la capacidad de devolver a estos pacientes su estado funcional previo, con actividad física programada, puede evitar su instalación, limitar su progresión o corregir las disfunciones consecuentes de ella (Filho, 2012)²⁰.

¹⁹ Ordax, expone que el sedentarismo se está convirtiendo en una epidemia en los países subdesarrollados y demuestra que la actividad física reduce el riesgo de padecer afecciones cardíacas.

²⁰Filho, Explica el significado del sedentarismo en las personas de la tercera edad, las consecuencias que conlleva como sarcopenia, depresión, etc.

Diseño Metodológico



Es una investigación cualitativa descriptiva porque trata de determinar las representaciones que tienen los adultos mayores a cerca de su marcha y determinar el grado de independencia que estas personas tienen. Lo que se busca es describir a adultos mayores que padezca algún trastorno de la marcha y determinar el nivel de independencia en las Actividades de la Vida Diaria.

La población de estudio son gerontes de ambos sexos mayores a 65 que asisten a un centro de rehabilitación en la ciudad de Mar del Plata.

La muestra será no probabilística ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador, siendo esta una muestra de 4 pacientes. El procedimiento depende de la toma de decisiones de una persona.

Variables:

- Edad

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

Definición operacional: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento en personas de la tercera edad que padecen trastornos de la marcha. Se establecerá a través de la encuesta.

- Sexo

Definición conceptual: Conjunto de características físicas que determinan como hombres o mujeres. Se refiere al género al que pertenece el paciente.

Definición operacional: Conjunto de características físicas que determinan como hombres o mujeres por medio de la anamnesis.

- Patrón de marcha.

Definición conceptual: Variables que se repiten de manera predecible en la marcha.

Definición operacional: Variables que se repiten de manera predecible en la marcha de los adultos mayores. Los datos se obtienen con una encuesta. Se detalla en el siguiente cuadro, en el cual se marca con una cruz las características que se observan y se determina el patrón y el tipo de marcha.

Tabla N° 1: Patrón de marcha en adultos mayores.

<u>TIPOS DE MARCHA</u>	<u>PATRON DE LA MARCHA</u> (marcar con una cruz las características que se observan)
Marcha balanceante (de pato o ánade)	<ul style="list-style-type: none"> - Movimientos laterales y exagerados del tronco (amplio balanceo de caderas) - Elevación de la cadera
Marcha en stepagge o equina	<ul style="list-style-type: none"> - La pierna se flexiona y eleva para evitar que la punta del pie arrastre (pie caído) - El apoyo no se realiza con el talón sino con la punta o la planta del pie
Marcha hemipléjica	<ul style="list-style-type: none"> - La extremidad inferior avanza con el muslo en abducción (movimiento de guadaña) - Pie en actitud equino-vara - Brazo en semiflexión y pronación delante del tronco
Marcha parapariésica	<ul style="list-style-type: none"> - Espasticidad de miembros inferiores - Equinismo de miembros inferiores - Arrastre de los pies - Balanceo de la pelvis - Si existe hipertonía de aductores, las piernas se entrecruzan (marcha en tijera)
Marcha atáxica	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la base de sustentación - Hipotonía condiciona un hiperextensión de la rodilla - Al adelantar la extremidad se produce el típico taconeo (marcha tabética)
Marcha cerebelosa	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la base de sustentación - Incoordinación muscular - Hipermetría de los miembros inferiores (mov. desmesurados) - Avanza el pie después de varias tentativas
Marcha vestibular	<ul style="list-style-type: none"> - Desviaciones laterales (marcha en estrella)
Marcha antiálgica	<ul style="list-style-type: none"> - La marcha provoca dolor en un miembro - el apoyo sobre la pierna con dolor se reduce - Proyecta rápidamente hacia adelante el miembro sano, este aumenta su tiempo de apoyo
Marcha senil	<ul style="list-style-type: none"> - Pasos largos y rápidos con aumento de oscilación de los brazos - Postura rígida y en flexión, pasos cortos y lentos, giros en bloque y menos oscilación en los brazos - Postura rígida y en extensión - Postura rígida y en flexión.
Marcha de Trendelemburg	<ul style="list-style-type: none"> - Tendencia a caer hacia el lado opuesto durante la fase de apoyo al lado afecto - La cadera opuesta cae hacia abajo. - Para evitar caerse, el paciente traslada su centro de gravedad hacia el lado afecto desplazando el tronco y la cabeza en esa dirección.

Fuente: Adaptado de Teresa Villar San Pio & Pilar Mesa Lampre 2013.

- Grado de independencia en las actividades de la Vida Diaria.

Definición conceptual: Nivel del estado de autonomía con respecto a las tareas o conductas de la vida cotidiana.

Definición operacional: Nivel del estado de autonomía con respecto a las tareas o conductas de la vida cotidiana en el adulto mayor. Los datos se obtienen según el Índice de Katz:

- A. Independiente en todas las actividades.
- B. Independiente en todas las actividades, salvo una (suele ser bañarse).
- C. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función.
- D. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función.
- E. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función.
- F. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función.
- G. Dependiente en las seis funciones.

Fuente:<http://www.saudegeriatrica.com.br/medicina/saude/geriatria/gerontologia/idoso/glossage04.html>

- Factores que influyen en el desarrollo de las alteraciones de la marcha:

Definición conceptual: Elementos que pueden condicionar una situación, transformándose en la causa de las diferentes marchas patológicas.

Definición operacional: Elementos que pueden condicionar el desarrollo de las alteraciones de la marcha, transformándose en la causa de las diferentes marchas patológicas en los ancianos. Los datos se obtienen por una encuesta con preguntas cerradas que consideran Inestabilidad, alteraciones visuales, alteraciones auditivas, alteraciones vestibulares, enfermedades crónicas y agudas, fármacos, Otros.

- Movilidad articular.

Definición conceptual: Capacidad para desplazar una articulación en su máxima amplitud.

Definición operacional: Capacidad para desplazar los adultos mayores a 65 años una articulación en su máxima amplitud. Se registrará la medición a través del goniómetro. Se clasifica en:

Rango de movimiento incompleto (hipomovilidad)

Rango de movimiento completo (movilidad normal)

- Equilibrio.

Definición conceptual: Capacidad que tiene la persona para mantener una posición, estática o en movimiento, contrarrestando de esta forma las fuerzas que puedan influir en ella.

Definición operacional: Capacidad que tiene un adulto mayor a 65 años para mantener una posición. Se evalúa mediante el timed get and go test.

Estas son variables que se establecen a priori, pero pueden emerger algunas dentro del trabajo de campo.

- Representaciones de los trastornos de la marcha.

Definición conceptual: modalidad particular de conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un conocimiento de sentido común que tiene como objetivo comunicar y sentirse dentro del ámbito social y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social.

Definición operacional: modalidad particular de conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos a cerca de los trastornos de la marcha en adultos mayores a 65 años. Es un conocimiento de sentido común que tiene como objetivo comunicar y sentirse dentro del ámbito social y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social. Se evaluarán las representaciones sociales a cerca de los trastornos de la marcha en adultos mayores a 65 años a través de una entrevista cualitativa.

A continuación, se presenta el consentimiento informado y la encuesta a los adultos mayores con trastornos de la marcha.

De mi mayor consideración:

La presente investigación es conducida por Micaela Zuliani DNI 34731497, estudiante de la carrera de Licenciatura en Kinesiología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Fasta, sede Mar del Plata. El objetivo de este estudio es determinar las representaciones de los trastornos de la marcha y el grado de independencia en las Actividades de la Vida Diaria en los adultos mayores a 65 años que asisten al centro de rehabilitación Kinesiólogos Asociados, en la ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires en el año 2016.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contestar una serie de preguntas acerca de la marcha y su calidad de vida. Esto tomara aproximadamente 20 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación científica o presentar en congresos. Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Si usted está de acuerdo y acepta participar deberá firmar debajo donde se indica, desde ya se agradece.

Firma:

Encuesta

Nº. Encuesta:

Edad:

Sexo: F / M

- Patrón de marcha.

TIPOS DE MARCHA	PATRON DE LA MARCHA (marcar con una cruz las características que se observan)
Marcha balanceante (de pato o ánade)	<ul style="list-style-type: none"> - Movimientos laterales y exagerados del tronco (amplio balanceo de caderas) - Elevación de la cadera
Marcha en stepagge o equina	<ul style="list-style-type: none"> - La pierna se flexiona y eleva para evitar que la punta del pie arrastre (pie caído) - El apoyo no se realiza con el talón sino con la punta o la planta del pie
Marcha hemipléjica	<ul style="list-style-type: none"> - La extremidad inferior avanza con el muslo en abducción (movimiento de guadaña) - Pie en actitud equino-vara - Brazo en semiflexión y pronación delante del tronco
Marcha paraparesica	<ul style="list-style-type: none"> - Espasticidad de miembros inferiores - Equinismo de miembros inferiores - Arrastre de los pies - Balanceo de la pelvis - Si existe hipertonía de aductores, las piernas se entrecruzan (marcha en tijera)
Marcha atáxica	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la base de sustentación - Hipotonía condiciona un hiperextensión de la rodilla - Al adelantar la extremidad se produce el típico taconeo (marcha tabética)
Marcha cerebelosa	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la base de sustentación - Incoordinación muscular - Hipermetría de los miembros inferiores (mov. desmesurados) - Avanza el pie después de varias tentativas
Marcha vestibular	<ul style="list-style-type: none"> - Desviaciones laterales (marcha en estrella)
Marcha antiálgica	<ul style="list-style-type: none"> - La marcha provoca dolor en un miembro - el apoyo sobre la pierna con dolor se reduce - Proyecta rápidamente hacia adelante el miembro sano, este aumenta su tiempo de apoyo
Marcha senil	<ul style="list-style-type: none"> - Pasos largos y rápidos con aumento de oscilación de los brazos - Postura rígida y en flexión, pasos cortos y lentos, giros en bloque y menos oscilación en los brazos - Postura rígida y en extensión - Postura rígida y en flexión.
Marcha de Trendelemburg	<ul style="list-style-type: none"> - Tendencia a caer hacia el lado opuesto durante la fase de apoyo al lado afecto - La cadera opuesta cae hacia abajo. - Para evitar caerse, el paciente traslada su centro de gravedad hacia el lado afecto desplazando el tronco y la cabeza en esa dirección.

- **Grado de independencia en las actividades de la Vida Diaria.**

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (INDICE DE KATZ)

1. BAÑO	<u>Independiente</u> : se baña enteramente solo, o bien requiere ayuda solo en alguna zona concreta; ej. espalda). <u>Dependiente</u> : necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha.
2. VESTIDO	<u>Independiente</u> : coge la ropa y se la pone él solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias). <u>Dependiente</u> : no se viste por sí mismo, o permanece parcialmente vestido.
3. USO DEL WC	<u>Independiente</u> : va al WC solo, se arregla la ropa, se limpia él solo. <u>Dependiente</u> : precisa ayuda para ir al WC y/o para limpiarse
4. MOVILIDAD	<u>Independiente</u> : se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta de una silla él solo, se desplaza solo. <u>Dependiente</u> : necesita ayuda para levantarse y/o acostarse, de la cama y/o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza
5. CONTINENCIA	<u>Independiente</u> : control completo de la micción y defecación. <u>Dependiente</u> : incontinencia parcial o total de la micción o defecación.
6. ALIMENTACION	<u>Independiente</u> : come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos). <u>Dependiente</u> : necesita ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación enteral.

Clasificación:

- A. Independiente en todas las actividades.
- B. Independiente en todas las actividades, salvo una (suele ser bañarse).
- C. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función.
- D. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función.
- E. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función.
- F. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función.
- G. Dependiente en las seis funciones.

- **Movilidad articular.**

Movimientos	Rango Normal	Amplitud articular
Cadera		
Abducción	45º	
Aducción	30º	
Flexión	140º	
Extensión	30º	
Rot.ext	45º	
Rot.int	40º	
Rodilla		
Flexión	135º	
Extensión	10º	
Tobillo		
Flexión	50º	
Extensión	30º	
Eversión	15º	
Inversión	30º	

Clasificación:

- ✓ Rango de movimiento incompleto (hipomovilidad)
- ✓ Rango de movimiento completo (movilidad normal)
- **Factores que influyen en el desarrollo de las alteraciones de la marcha.**

1. ¿Qué factores cree que influyen en su marcha?

- Inestabilidad.
- Alteraciones visuales.
- Alteraciones auditivas.
- Alteraciones vestibulares.
- enfermedades crónicas y agudas.
- Fármacos.
- Otros.

- **Equilibrio:**

El test Timed Get Up and Go, es una medida de equilibrio en adultos mayores. Instrucciones: Se sitúa una silla a 3 metros de la pared y se le pide al paciente que, sentado en la silla, se levante y camine hasta la pared, que dé la vuelta, regrese y se siente en la silla nuevamente.

Tabla de valoración:

1. Normal: toda la prueba sin fallos ni inestabilidad
2. Muy poco anormal: algún pequeño fallo, sin riesgo de caída
3. Medianamente anormal: inestabilidad en la prueba, se levanta con ayuda de las manos, giros con pasos cortos, riesgo de caída.
4. Moderadamente anormal: no se levanta, giro muy defectuoso, evidente riesgo de caída, giro muy inestable.
5. Gravemente anormal: amago de caída en la prueba.

- **Representaciones de los trastornos de la marcha:**

Entrevista acerca de la valoración geriátrica integral de los trastornos de la marcha y actividades de la vida diaria.

- 1) ¿Cómo fue modificando su forma de caminar?
- 2) ¿Cómo impacto su situación al caminar en su forma de realizar actividades de la vida diaria como vestirse, bañarse, trasladarse?
- 3) ¿De qué manera cree que afecto su autonomía su forma de caminar?
- 4) ¿Cómo influye su trastorno en la marcha en su estado emocional?
- 5) ¿Qué opina sobre su capacidad física?

- 6) ¿Cuál cree que han sido las causas de las alteraciones de la marcha?
- 7) ¿Qué factores piensa usted que influye en su marcha? ¿Por qué?
- 8) ¿Qué representa para usted el equilibrio?
- 9) ¿Cómo se siente usted con respecto a la movilidad articular y su fuerza muscular?
- 10) ¿Cómo se siente usted en la realización de determinadas tareas tales como comer, vestirse, bañarse?
- 11) ¿Qué sabe sobre la marcha?
- 12) ¿Qué creen que debería cambiar para que su marcha sea más normal?
- 13) ¿Qué piensa sobre el grado de autonomía que tiene?

Análisis de Datos



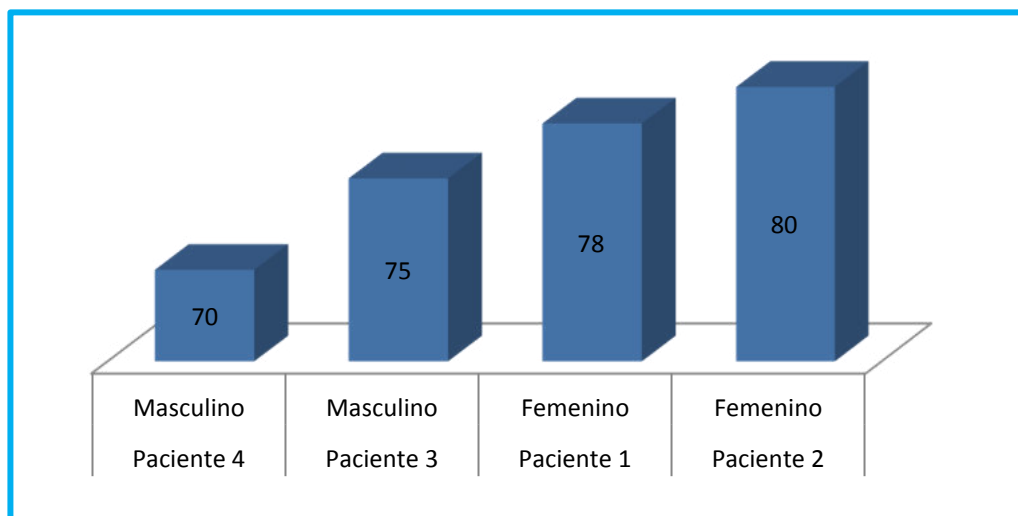
La información que se muestra a continuación es el resultado del análisis de los datos recabados en el estudio, en base a una muestra conformada por 4 adultos mayores que concurren a un centro de rehabilitación en la ciudad de Mar del Plata.

En la presente investigación se elabora y utiliza un instrumento, con el fin de conocer las representaciones que tienen los adultos mayores a cerca de su marcha y determinar el grado de independencia que estas personas tienen; con respecto a las conductas que realizan de forma diaria y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su entorno. Asimismo, se indaga sobre aspectos tales como edad, movilidad articular, equilibrio y factores que influyen en el desarrollo de las alteraciones de la marcha.

Se administró a cada uno un instrumento que consta de mediciones y una entrevista acerca de las representaciones de los trastornos de la marcha.

A continuación, se detalla cómo se compone la muestra según el sexo y la edad de los pacientes con trastornos de la marcha:

Grafico N° 1: Sexo y edad



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la edad en la muestra, podemos observar que el rango de la edad es de 70 a 80 años; con lo cual el 50% de la muestra de sexo femenino compone el rango de mayor edad, siendo de 78 y 80 años.

A continuación, en la siguiente tabla se detalla las encuestas que se realizó a cada adulto mayor, partiendo de las variables: edad, sexo, patrón de la marcha, grado de independencia en las actividades de la vida diaria, factores que influyen en el desarrollo de las alteraciones de la marcha, movilidad articular, equilibrio.

Variables	Edad	Sexo	Patrón de la marcha	Grado de independencia en las actividades de la Vida Diaria	Factores que influyen en el desarrollo de las alteraciones de la marcha	Movilidad articular	Equilibrio
Muestra							
1	70	M	Hemipléjica	C	- Inestabilidad - Alt. Visuales - Enf, crónicas y agudas	rango de movilidad incompleto (alto)	3
2	78	F	Antialgica	A	- Inestabilidad - Alt. Visuales - Enf. Crónica y agudas	Rango de movilidad incompleto (bajo)	2
3	80	F	Antialgica y Senil	E	-Inestabilidad -Alt. Visuales -Alt. Auditivas -Enf. Crónicas y agudas	Rango de movilidad incompleto (alto)	4
4	75	M	Cerebelosa	A	-Inestabilidad -Alt. Vestibulares -Enf. Crónicas y agudas	Rango de movilidad incompleto (bajo)	5

Fuente: Elaboración propia

Referencias:

- *Grado de independencia en las actividades de la Vida Diaria:*
 - A. Independiente en todas las actividades.
 - B. Independiente en todas las actividades, salvo una (suele ser bañarse).
 - C. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función.
 - D. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función.
 - E. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función.
 - F. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función.
 - G. Dependiente en las seis funciones.
- *Equilibrio:*
 1. Normal: toda la prueba sin fallos ni inestabilidad
 2. Muy poco anormal: algún pequeño fallo, sin riesgo de caída,
 3. Medianamente anormal: inestabilidad en la prueba, se levanta con ayuda de las manos, giros con pasos cortos, riesgo de caída.
 4. Moderadamente anormal: no se levanta, giro muy defectuoso, evidente riesgo de caída, giro muy inestable.
 5. Gravemente anormal: amago de caída en la prueba.

Con respecto a la tabla podemos decir que en la encuesta número 2 y 4, tienen como grado de independencia A, que significa independiente en todas las actividades de la vida diaria; difiriendo en el equilibrio, dando como resultado muy poco anormal y gravemente anormal. Las mismas en relación a la movilidad articular dio como resultado rango de movilidad incompleto bajo.

Si observamos la variable edad; las personas de mayor edad 78 y 80 años de sexo femenino, padeciendo una marcha antiálgica y senil con un grado de independencia A, que es independencia en todas las actividades y E independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función. El equilibrio de las mismas es muy poco anormal y moderadamente anormal. Por otro lado, los adultos mayores de 70 y 75 años de sexo masculino, cursando con una marcha hemipléjica y cerebelosa; el grado de independencia que poseen es C, independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función y A, independiente en todas las actividades.

Al analizar la movilidad articular hay que señalar que la muestra en su totalidad tiene un rango de movilidad incompleto, algunos padeciendo más restricciones que otros, como por ejemplo en la encuesta número 1 y 3 que poseen un rango de movilidad incompleto alto, siendo que en cuanto a la edad que poseen es 70 años, la menor edad en la muestra y 80 años, el rango de edad más alto en la muestra. En cuanto al rango de movilidad incompleto bajo se observa en las encuestas número 2 y 4 cursan con una edad media de 75 y 80 años.

Los patrones de marcha que se manifiestan son: marcha hemipléjica, marcha antiálgica, marcha senil y antiálgica, y por último marcha cerebelosa, indicando cada uno diferentes valores en cada variable medida.

Al comparar los factores que influyen en el desarrollo de las alteraciones de la marcha, se observa que los factores que más intervienen en los trastornos de la marcha son inestabilidad, alteraciones visuales, enfermedades crónicas y agudas.

En la muestra se refleja que el grado de independencia en las actividades de la vida diaria no está directamente ligado, a la edad ni al sexo; ya que las dos personas de mayor edad en la muestra, una es independiente en todas las actividades y la otra es independiente en todas las tareas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función. Se concluyó que el grado de independencia en la muestra dos de cuatro son independientes en todas las actividades, y los otros dos son independientes, pero no en todas las actividades; se observó que las actividades más comprometidas en la funcionalidad fueron las siguientes: bañarse, vestirse, movilidad y uso del retrete. Al analizar, sobre como impacto la forma de caminar en relación a las actividades de la vida diaria según las representaciones de los adultos mayores, el resultado fue el siguiente,

La siguiente pregunta pretende saber cómo impacto la manera en que camina con respecto a las actividades de la vida diaria. Las respuestas fueron las siguientes:

Paciente 1: **mucho** porque **sola no me podía manejar**.

Paciente 2: **y dificultoso**, en bañarme, **en todo**.

Paciente 3: **me cuesta mucho, no puedo**, me baña mi mujer cuando me baña.

Paciente 4: **Me preocupaba** y bueno lo tenía que hacer igual bañarme, juntarme mi ropa, **todo**. **Me llevaba más tiempo** tenía que hacerlo despacio como estaba convaleciente

Posteriormente se identifican las siguientes variables:

■ Mucho, dificultoso en todo 3 de 4.

■ Me preocupaba, me llevaba más tiempo 1 de 4.

Imagen N° 2: Impacto sobre la forma de caminar en relacion a las actividades de la vida diaria.



Fuente: Elaborado sobre datos de investigación.

A continuación, se investiga a cerca de cómo influye su trastorno de la marcha en su estado emocional. Las respuestas fueron las siguientes:

Paciente 1: y **no puedo hacer lo que hacía antes**, pero tampoco... tengo esperanzas de que voy a ir mejorando de a poco.

Paciente 2: y ahora me siento mejor porque me **acostumbre**, al principio no sabía qué hacer, me parecía que tenía que hacer algo y bueno ahora **me di cuenta que no puedo nada, nada; comer y dormir**.

Paciente 3: ando **muy nervioso**

Paciente 4: que **no sirvo para nada, me tengo que andar cuidando para no caerme y quebrarme** una pierna porque va hacer peor todavía y bueno si estoy así convaleciente trato de estar tranquila, camino despacio no desesperarme.

Posteriormente se identifican las siguientes variables:

No puedo hacer lo que hacía antes 1 de 4.

No puedo hacer nada 2 de 4.

Nervioso 1 de 4.

Imagen N° 4: Trastornos de la marcha en el estado emocional de las personas.



Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente pregunta se pretende conocer lo que consideran los adultos mayores sobre la capacidad física. Las respuestas son las siguientes:

Paciente 1: por ahora **es limitada**, pero voy mejorando lentamente

Paciente 2: bien, pero **no me compongo más**

Paciente 3: que **no puedo hacer lo que hacía antes**, me limita hacer muchas cosas.

Paciente 4: **me cuesta mucho moverme** y hacer las cosas sin ayuda.

Posteriormente se idéntica la siguiente variable:

Limitada, no puedo hacer lo que hacía antes 4 de 4.

Imagen N° 5: Opinión sobre la capacidad física.



Fuente: Elaboración propia.

La próxima pregunta se indaga sobre el concepto que tienen los mayores de la tercera edad con respecto al equilibrio. Las respuestas fueron las siguientes:

Paciente 1: mucho, porque cuando he estado en el tope de la enfermedad me he caído varias veces, ahora ya lo estoy recuperando.

Paciente 2: si no tenés equilibrio no tenés nada, no podes estar parado

Paciente 3: no sé qué decirte, muy difícil, a veces me caigo.

Paciente 4: vale mucho, tenemos que estar conscientes y tratar de estar en un lugar donde se pueda agarrarse y no irse el cuerpo.

Posteriormente se identifican las siguientes variables:

- Relaciono equilibrio con caída 1 de 4.
- Significa mucho, sino no tenés equilibrio no tenés nada 3 de 4.

Imagen N° 7: Representación de los adultos mayores sobre el equilibrio



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, analizamos acerca de cómo se sienten en relación a la movilidad articular y fuerza muscular. Las respuestas fueron las siguientes:

Paciente 1: bueno, a raíz de estar mucho tiempo en cama me debilité toda la parte muscular y todo lo que es caminar, todo lo que influye en la caminata.

Paciente 2: no puedo hacer nada, tengo fuerza para andar, pero me tienen que llevar.

Paciente 3: no tengo fuerza, no puedo a veces ni abrir la puerta.

Paciente 4: y me siento por ejemplo que no tengo habilidad, no tengo... me tengo que exigir para poder hacer.

■ Sienten que no tienen fuerza y dificultad para andar 3 de 4.

■ Siente que tiene fuerza, pero no puede andar 1 de 4.

Imagen N° 8: Representación de la fuerza muscular.



Fuente: Elaboración propia.

La siguiente pregunta busca saber que opinan sobre la ejecución de determinadas tareas como vestirse, bañarse, trasladarse. Las respuestas fueron las siguientes:

Paciente 1: voy mejorando, voy mejorando, aunque también reconozco por mi personalidad que soy un poco tranquila, que **necesito ayuda**.

Paciente 2: ando **con dificultad**, pero me arreglo solo.

Paciente 3: **me siento mal**, no sé cómo explicarte, pero me siento mal por **no puedo hacer las cosas**.

Paciente 4: **primero me levanto**, me preparo el agua caliente, tibia para bañarme, **me baño**, me saco la transpiración del cuerpo y **después ya ando tranquila** todo el día

Posteriormente surgen las siguientes variables:

- Se sienten que no puede realizar las tareas, necesitan ayuda 2 de 4.
- Realiza las tareas tales como bañarse, trasladarse, vestirse, con un poco de dificultad 2 de 4.

Imagen N° 9: Opinión sobre la ejecución de las tareas como vestirse, bañarse, trasladarse.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, la siguiente pregunta intenta exponer la idea que expresan los gerontes sobre el concepto de marcha. Las respuestas son las siguientes:

Paciente 1: **a mí me limita mucho por a ver sido una persona muy activa**, y lógicamente después de esto ya no es lo mismo, tengo que adaptarme a lo que tengo.

Paciente 2: **y no sé qué puedo saber.**

Paciente 3: **¿qué es eso?**

Paciente 4: **y que hace bien por ejemplo, te exigís un poquito no es nada**, te ayuda mucho.

Posteriormente se identificó la siguiente variable:

No saben que contestar 4 de 4.

Imagen N° 10: Representación de Marcha.



Fuente: Elaboración propia.

La siguiente pregunta pretende conocer la opinión sobre lo que creen que necesitan cambiar para que su marcha sea más normal. Las respuestas fueron las siguientes:

Paciente 1: **mi estado físico en general.**

Paciente 2: una cabeza nueva (risas).

Paciente 3: y cambiar como era antes.

Paciente 4: andar con cautela, siempre en mi casa me dicen: - vos siempre con cautela

Posteriormente surgen las siguientes variables:

Debería cambiar su estado físico general 1 de 4.

No supieron contestar correctamente 3 de 4.

Imagen N° 11: Opinión sobre qué es lo que deberían cambiar para que su marcha sea normal.

A hand-drawn graphic with the words 'físico', 'andar', 'vos', 'nueva', 'estado', 'cambiar', and 'general' written in various colors and orientations. 'físico' and 'estado' are in blue, 'andar' is in red, 'vos' is in red, 'nueva' is in orange, 'cambiar' is in orange, and 'general' is in green.

Fuente: Elaboración propia.

La última pregunta pretende analizar sobre la creencia que tienen las personas mayores sobre el grado de autonomía que padecen. Las respuestas fueron las siguientes:

Paciente 1: pienso que todavía **necesito apoyarme en una persona de un brazo y con un bastón**, es decir que necesito de una persona para trasladarte y hacer tus cosas.

Paciente 2: **necesito todo el tiempo que me ayude alguien.**

Paciente 3: **no sirvo para nada.**

Paciente 4: y que voy a **pensar no puedo pensar nada, hago las cosas despacio, con tranquilidad**, no me exijo, eso me ayuda mucho.

Posteriormente surgen las siguientes variables:

- El grado de autonomía que representa es que requieren de una persona para hacer las cosas 2 de 4.
- El grado de autonomía es nulo 1 de 4.
- El grado de autonomía que representa es independiente, realiza las tareas sola, sin ayuda 1 de 4.

Imagen N° 12: Representación del grado de autonomía.

A word cloud representing the degree of autonomy. The words are written in various colors and orientations. The most prominent words are 'necesito' (red), 'ayuda' (green), 'nada' (green), 'personas' (red), 'trasladante' (purple), 'todavía' (purple), 'cosas' (red), 'bastón' (red), 'brazo' (red), and 'pienso' (purple).

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones



Los trastornos de la marcha afectan al adulto mayor de manera considerable, deteriorando su estado físico, psíquico y social. Las causas suelen ser multicausal, aunque en su mayoría son neurológicas y músculo- esqueléticas; en la muestra tomada dos padecieron un accidente cerebro vascular, otro padece un trastorno cerebeloso y el cuarto se debe a una inmovilidad prolongada producto de varias enfermedades.

En cuanto a la movilidad articular se observó en los cuatro casos que el rango de movilidad articular fue incompleto, es decir no alcanzaron los parámetro normal de movilidad articular, en algunos casos la restricción fue más evidente, como por ejemplo en el patrón de marcha hemipléjica y patrón de marcha antiálgica y senil; independiente de la edad y el sexo, ya que las personas con un grado de movilidad incompleto alto es la persona de mayor y menor edad en la muestra, siendo de sexo femenino y masculino. En este mismo aspecto en relación a las representaciones de la marcha al indagar sobre cómo se sienten con respecto a la movilidad y la fuerza muscular, el resultado fue el siguiente: Se sienten con debilidad, que no tienen fuerza y con dificultad para caminar 3 de 4. Agregando más sobre este aspecto y las representaciones en la marcha, se contempló analizar qué opinan sobre cómo fue modificando su forma de caminar, los resultados fueron los siguientes: decadencia física, cansancio, no tenía estabilidad 3 de 4 y comenzaron a usar bastones 2 de 4. El estado emocional interviene considerablemente en estas cuestiones por eso se investigó a cerca de cómo influye su trastorno de la marcha en su estado emocional, lo que adjudicaron no poder hacer nada y sentirse nerviosos.

En la muestra se refleja que el grado de independencia en las actividades de la vida diaria no está directamente ligado, a la edad ni al sexo; ya que las dos personas de mayor edad en la muestra, una es independiente en todas las actividades y la otra es independiente en todas las tareas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función. Se concluyó que el grado de independencia en la muestra dos de cuatro son independientes en todas las actividades, y los otros dos son independientes, pero no en todas las actividades; se observó que las actividades más comprometidas en la funcionalidad fueron las siguientes: bañarse, vestirse, movilidad y uso del retrete. Al analizar, sobre como impacto la forma de caminar en relación a las actividades de la vida diaria según las representaciones de los adultos mayores, el resultado fue el siguiente, impacto de manera contundente; se refirieron de esta forma: _ Mucho, dificultoso en todo 3 de 4 y Me preocupaba, me llevaba más tiempo 1 de 4. Al preguntar qué opinan sobre la ejecución de determinadas tareas como vestirse, bañarse trasladarse, se determinó que: se sienten que no puede realizar las tareas, necesitan ayuda 2 de 4 y realiza las tareas tales como bañarse, trasladarse, vestirse, con un poco de dificultad 2 de 4. En cuanto al indagar sobre las representaciones a cerca del grado de autonomía que padecen, se concluyó que, requieren

de una persona para hacer las cosas 2 de 4, el grado de autonomía es nulo 1 de 4 y, por último, el grado de autonomía que representa es independiente, realiza las tareas sin ayuda 1 de 4.

Con respecto al equilibrio se evaluó mediante el test Timed Get Up and Go, los resultados variaron del número 2, muy poco anormal: algún pequeño fallo, sin riesgo de caída, con un Patrón de marcha Antiálgica y 5, gravemente anormal: amago de caída en la prueba, con un Patrón de marcha cerebeloso, lo cual afecta directamente al equilibrio. En todas sus categorías esta variable se encontró afectada. Al observar las representaciones sobre el concepto de equilibrio se concluyó que 1 de 4 relaciono equilibrio con caída y 3 de 4 expresan: _ Significa mucho, sino no tenés equilibrio no tenés nada 3 de 4; lo que denota la importancia que le otorgan a este componente en la marcha y lo fundamental que es para gozar de una marcha normal. Nuevos interrogantes surgen al analizar sobre las representaciones de la marcha, como por ejemplo analizar sobre el estado emocional de la persona de la tercera edad, es importante hacer hincapié en este aspecto ya que influye de manera contundente en los trastornos de la marcha. En nuestro rol como kinesiólogos podemos ayudar y prevenir la atrofia muscular por desuso; elaborar un plan de entrenamiento, de corta o larga duración que permite conservar y mantener la fuerza para poder seguir siendo independientes, ayuda al bienestar mental, la memoria, rapidez de ideas, etcétera, y promoviendo sensaciones como el optimismo, al igual que mejora la autoestima y reduce el aislamiento social de los adultos mayores.

Bibliografía



- ✓ Abellán Van Kan, A. S. (2010). *Tratado de Geriatria para residentes*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).
- ✓ Alarcón, T. (1996). *Valoracion geriatica : utilidad predictiva*. Madrid: Universidad complutense de Madrid.
- ✓ Becerra, M. (2013). *Deprecion en el adulto mayor*. Facultad de Medicina UNAM.
- ✓ Borrelli, B. (2009). *Condicion motriz y calidad de vida en adultos mayores*. Facultad de Actividad Física y Deporte.
- ✓ Botero, E. (2007). *Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años*. Promocion de la Salud.
- ✓ Burgos, R. (2006). *Nutrición y endocrinología*. Barcelona: Servicio de Endocrinología y Nutrición.
- ✓ Casado, D. (2007). *Efectos y abordajes de la dependencia*. España: Elsevier.
- ✓ Cerda, L. (2010). *Manual de Rehabilitación Geriátrica*. Chile: Hospital Clínico Universidad de Chile.
- ✓ Cerda, L. (2014). Manejo del trastornos de la marcha del adulto mayor. *Revista medica clinica*, 265-266.
- ✓ Chávez, J. (2013). *La actividad fisica y el deporte*. Rev Mex Cardiol.
- ✓ Daza, R. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Editorial Universidad de Rosario.
- ✓ Filho, J. (2012). *Geriatria y Gerontología para el medico internista*. bolivia: La Hoguera investigaciones.
- ✓ Franch, O. (1997). *Alteraciones de la marcha en el anciano*. Servicio de Neurología, Hospital Ruber Internacional, Madrid.
- ✓ Ganeglius, Y. (2011). Evaluación de la marcha en el adulto mayor. *Carta Geriátrico Gerontológica* .
- ✓ Lampré. (2007). Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caidas. En T. V. Lampré, *Tratado de Geriatria para residentes* (pág. 802).
- ✓ María López-Terrada Covisa. (2011). *Trastornos de la marcha*.
- ✓ Materán, A. (2008). *Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa*. Venezuela: Universidad de los Andes.
- ✓ Mora, M. (2002). *La teoria de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Athenea digital.
- ✓ Ordax, J. R. (2006). *Sedentarismo y salud efectos beneficiosos de la actividad fisica*.

- ✓ Perera, M. (1999). *A proposito de las representaciones sociales*. Cuba.
- ✓ Protege, R. d. (2009). *MANUAL DEL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES*. Ministerio de Salud.
- ✓ Ramírez, S. P. (2008). *La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva*. Revista de Investigación Educativa 7.
- ✓ Rinessi, J. F. (2000). *Envejecimiento*. Barcelona: Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina N° 100 .
- ✓ Rodríguez, E. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Universidad del Rosario Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.
- ✓ Salerno, B. (2008). *Movilidad, equilibrio y caídas en los adultos mayores*. Centro de Investigación sobre: envejecimiento, longevidad y salud.
- ✓ Sanchez, M. (2003). *Dependencia y autonomía Funcional en la vejez*. Madrid: Facultas de Psicología.
- ✓ Sanhueza, M. (2003). *Adultos Mayores Funcionales en Chile*. *Revista Biomédica Revisada Por Pares*.
- ✓ serge, M. (1979). *El Psicoanálisis su Imagen y su Publico*. Huemul. Buenos Aires. Argentina .
- ✓ Soler-Gracia, J. P. (1999). *Biomecánica de la marcha humana normal y patológica*. Instituto de Biomecánica de Valencia.
- ✓ Solíz, J. C. (2010). *La pobreza, género, envejecimiento poblacional*. Universidad Autónoma de Chiapas.
- ✓ Soto, J. L. (2008). *Ejercicios de propiocepción para población adulta*. Medellín: Instituto universitario de Educación Física.



Valoración geriátrica integral de los trastornos de la marcha y actividades de la vida diaria en adultos mayores

Micaela Zuliani - mikzul33@hotmail.com



UNIVERSIDAD FASTA
Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Kinesiología

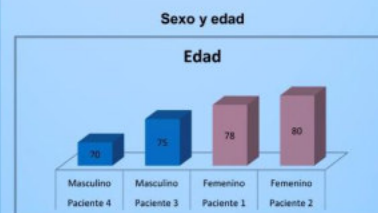
Los trastornos de la marcha tienen un gran impacto en el adulto mayor y han aumentado en frecuencia como consecuencia del envejecimiento poblacional. Es así que ocasionan, riesgo de caídas, limitación psicológica del anciano por miedo a caer, y, en definitiva, son un factor de riesgo muy importante de institucionalización.

Objetivo: Determinar las representaciones de los trastornos de la marcha y el grado de independencia en las Actividades de la Vida Diaria en los adultos mayores a 65 no institucionalizados en la ciudad de Mar del Plata.

Material y métodos: es una investigación descriptiva cualitativa, de corte transversal, se recabaron datos mediante un instrumento que consta de mediciones y una entrevista acerca de las representaciones de los trastornos de la marcha. La muestra consta de 4 adultos mayores de ambos sexos, no institucionalizados mayores a 65 años. Los parámetros que se evaluaron son patrón de marcha, grado de independencia de las actividades de la vida diaria, equilibrio, factores que influyen en el desarrollo de las alteraciones de la marcha, movilidad articular y además se realizó una entrevista de 13 preguntas para determinar las representaciones de los trastornos de la marcha.

Resultados: el rango de la edad es de 70 a 80 años; con lo cual el 50% de la muestra de sexo femenino compone el rango de mayor edad, siendo de 78 y 80 años. En la movilidad articular hay que señalar que la muestra en su totalidad tienen un rango de movilidad incompleto, algunos padeciendo más restricciones que otros, como por ejemplo en la encuesta número 1 y 3 que poseen un rango de movilidad incompleto alto, siendo que en cuanto a la edad que poseen es 70 años, la menor edad en la muestra y 80 años, el rango de edad más alto en la muestra. En cuanto al rango de movilidad incompleto bajo se observa en las encuestas número 2 y 4 cursan con una edad media de 75 y 80 años. Los patrones de marcha que se refleja en la muestra son: marcha hemipléjica, marcha antiálgica, marcha senil y antiálgica, y por último marcha cerebelosa, indicando cada uno diferentes valores en cada variable medida. Al comparar los factores que influyen en el desarrollo de las alteraciones de la marcha, se observa que los factores que más intervienen en los trastornos de la marcha son inestabilidad, alteraciones visuales, enfermedades crónicas y agudas. Al analizar, sobre como impacto la forma de caminar en relación a las actividades de la vida diaria según las representaciones de los adultos mayores, el resultado fue el siguiente, impacto de manera contundente; se refirieron de esta forma: _ Mucho, dificultoso en todo 3 de 4 y Me preocupaba, me llevaba más tiempo 1 de 4. Se determinó que las representaciones a cerca del grado de autonomía que padecen, es que requieren de una persona para hacer las cosas 2 de 4, el grado de autonomía es nulo 1 de 4 y por último, el grado de autonomía que representa es independiente, realiza las tareas sin ayuda 1 de 4.

Conclusiones: Los trastornos de la marcha afectan al adulto mayor de manera considerable, deteriorando su estado físico, psíquico y social. Las causas suelen ser multicausal, aunque en su mayoría son neurológicas y músculo- esqueléticas; en la muestra tomada dos padecieron un accidente cerebro vascular, otro padece un trastorno cerebeloso y el cuarto se debe a una inmovilidad prolongada producto de varias enfermedades. El grado de independencia en las actividades de la vida diaria no está directamente ligado, a la edad ni al sexo. Se observó que las actividades más comprometidas en la funcionalidad fueron las siguientes: bañarse, vestirse, movilidad y uso del retrete. Las representaciones de los adultos mayores acerca de los trastornos de la marcha no son optimistas, se sienten inseguros e imposibilitados en las actividades de la vida diaria.



Impacto sobre la forma de caminar en relación a las actividades de la vida diaria.



Cambios en su autonomía



Opinión sobre la capacidad física.



**REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA
AUTORIZACION DEL AUTOR⁴⁵**

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que, sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido: **Zuliani y Nombre Micaela**

Tipo y Nº de Documento: **D.N.I 34731497**

Teléfono/s: **02284-15372222**

E-mail: **mikzul33@hotmail.com**

Título obtenido Licenciatura en Kinesiología

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Valoración geriátrica integral de los trastornos de la marcha y actividades de la vida diaria en adultos mayores

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero []

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

Firma del Autor Lugar y Fecha

⁴⁵ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.



Tesis de Licenciatura
Micaela Zuliani