



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**BARRERAS PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN  
ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA  
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**

**PRESENTADO POR  
JULISSA ANGELLA MOGOLLON LAVI**

**ASESOR  
JORGE LUIS MEDINA GUTIERREZ**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
EN GERIATRIA**

**LIMA – PERÚ**

**2021**



**Reconocimiento - No comercial  
CC BY-NC**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**BARRERAS PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA  
EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA  
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GERIATRIA**

**PRESENTADO POR**

**JULISSA ANGELLA MOGOLLON LAVI**

**ASESOR**

**MGTR. JORGE LUIS MEDINA GUTIERREZ**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Índice</b>	ii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	4
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad y factibilidad	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	8
2.3 Definiciones de términos básicos	10
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	
3.1 Formulación de la hipótesis	12
3.2 Variables y su operacionalización	13
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	
4.1 Tipos y diseño	14
4.2 Diseño muestral	14
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	15
4.4 Procesamiento y análisis de datos	17
4.5 Aspectos éticos	17
<b>CRONOGRAMA</b>	18
<b>PRESUPUESTO</b>	19
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	20
<b>ANEXOS</b>	
Matriz de consistencia	
Instrumento de recolección de datos	
Consentimiento informado	

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción del problema**

En la actualidad, actividad física se describe como aquel movimiento realizado por el cuerpo producido por el sistema músculo esquelético con gasto de energía, incluyéndose los desplazamientos dentro y fuera de casa, las tareas domésticas como barrer y las actividades recreativas (1). Se estratifica según grupo etario, ya que, varían de acuerdo a las condiciones físicas y funcionales que se presentan en las diferentes etapas de la vida. En el caso de los adultos mayores, al ser una población con mayor cantidad de factores de riesgo y comorbilidades, las recomendaciones varían según capacidad y necesidad, siendo indicaciones distintas en aquellos con comorbilidades controladas de los que no (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda en adultos de 65 o más años deben practicar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada, o al menos de forma intensa 75 minutos semanales de, o una combinación equivalente entre actividad moderada e intensa (1).

Uno de los beneficios de la actividad física es que contrarresta la disminución de la fuerza y masa muscular conocida como sarcopenia. Además de preservar la funcionalidad, menor riesgo de caídas y menor institucionalización (2). A pesar de las ventajas que trae consigo la actividad física, distintos estudios han demostrado que la población en general no cumple las recomendaciones brindadas por la OMS.

En un estudio realizado en 2016, donde se incluyeron 1.9 millones de participantes en 168 países describieron una prevalencia estandarizada de inactividad física de 27.5%, siendo 23.4% en hombres y 31.7% en las mujeres. Los niveles más altos de inactividad física fueron en mujeres en América Latina y el Caribe 43.7%, Asia meridional 43.0% y países occidentales de altos ingresos 42,3; mientras que los niveles más bajos estaban en hombres de Oceanía 12.3%, este y sureste de Asia 17.6% y África subsahariana 17.9% (3). Dentro de los Países de Latinoamérica destacaron las cifras de Argentina 41%, Brasil 47% y Colombia 44%, con los niveles más altos de inactividad en América Latina y el Caribe (3).

En un estudio realizado en 2016 en población europea, utilizaron datos de participantes de 55 años o más mediante un cuestionario que determinaba la prevalencia de inactividad física, entre las personas de 55 años o más en los 16 países incluidos fueron del 12.5%. La prevalencia de inactividad física varió de un país a otro, desde el 4.9% (Suecia) hasta el 29% (Portugal). El aumento de la edad, la depresión, las limitaciones físicas, la falta de sentido de la vida, el apoyo social y la pérdida de memoria fueron variables significativas asociadas con la inactividad física (4).

En un estudio realizado en Estados Unidos en 2016 encontraron que el 27.5% de los adultos estadounidenses de 50 años o más estaban inactivos. Demostrando que La inactividad aumentó proporcionalmente con la edad, de 50 a 64 años (25.4%), 65 a 74 años (26.9%) y mayor de 75 años (35.3%). La prevalencia de inactividad fue mayor en las mujeres (29.4%) que en los hombres (25.5%). La prevalencia disminuyó de 44.1% a 14.2% con niveles crecientes de educación y aumentó de 23.1% a 35.8% al aumentar la categoría de índice masa corporal (5).

En México, se encontró la misma relación previamente descrita, a medida que se incrementa la edad, los porcentajes de población activa físicamente disminuyen. En el caso de personas mayores de 55 años, hallaron que el 60.9% eran inactivos (6).

En el Perú en 2013 realizaron un estudio donde se encontró que el nivel de actividad física fue en un 77.7% bajo; 17.8% moderado y 4.5% alto. El mencionado estudio no tomó en cuenta en su población a personas adultas mayores (7).

En otro estudio realizado a base de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012 relacionadas a actividad física y sedentarismo en la población peruana de 40 a más años de edad, se analizaron los datos de 31 348 personas, describiendo que a partir de los 60 años se presenta menor práctica deportiva, mayor actividad diaria sentado con esfuerzo físico leve (8).

Poca evidencia se ha desarrollado en torno a las limitaciones por la cual se genera la inactividad física en el adulto mayor en nuestra población, siendo una importante muestra aquella que acude al consultorio externo de uno de los hospitales de

referencia, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Generando así información valiosa para las nuevas estrategias en el adulto mayor y actividad física.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son las barreras para el desarrollo de actividad física en adultos mayores que acuden a consulta externa del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020?

## **1.3 Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar las barreras para el desarrollo de actividad física en adultos mayores que acuden a consulta externa del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.

### **Objetivos específicos**

Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores que acuden a consulta externa de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.

Identificar las limitaciones sociales, nutricionales, psicológicas de los adultos mayores que acuden a consulta externa de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.

Mencionar los niveles de hemoglobina y albúmina séricos de los adultos mayores que acuden a consulta externa de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.

Identificar el nivel de actividad física en adultos mayores que acuden a consulta externa de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.

Analizar la asociación entre nivel de hemoglobina y actividad física en adultos mayores que acuden a consulta externa de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.

Analizar la asociación entre nivel de albúmina y actividad física en adultos mayores que acuden a consulta externa de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.

Analizar la relación entre comorbilidades y actividad física en adultos mayores que acuden a consulta externa de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.

Analizar la relación entre características sociodemográficas y nivel de actividad física en adultos mayores que acuden a consulta externa de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.

Analizar la relación entre las limitaciones sociales, nutricionales y psicológicas con el nivel de actividad física en adultos mayores que acuden a consulta externa de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.

#### **1.4 Justificación**

En los reportes mundiales se observa que la inactividad física en el adulto mayor presenta alta prevalencia y asociación directa con respecto a la edad; sin embargo, no hay últimos reportes en el Perú acerca de la ejecución de actividades adulto mayor y cuáles son las limitaciones que encuentran para no realizarla. La realización del presente estudio ayudara a plantear nuevas estrategias según prevalencia de barreas, ya que, al no realizar actividad física, el riesgo de nuevas complicaciones aumenta. Y al ser pacientes pluripatologicos los que acuden a consulta externa, nos ayudara a dar un enfoque más realista a la población geriátrica que queremos intervenir.

#### **1.5 Viabilidad y factibilidad**

El estudio será presentado para su aprobación a la Oficina de Docencia e Investigación de la sede hospitalaria seleccionada, y al Comité de Ética. Se reservará en estricto privado la identidad e información de cada participante asignando una numeración única en cada uno, siendo este el número de ficha. Al contar con el asentimiento, los alcances del estudio no atenderán contra el principio de autonomía de los participantes.



Para la recolección de datos se utilizará una encuesta de elaboración propia dividida en segmentos que incluirá: características sociodemográficas, marcadores séricos, nivel de actividad física. Utilizándose solo para el presente estudio una ficha de datos y realizando una evaluación por parte del investigador, de manera que tanto el material como el recurso humano se encuentran debidamente cubiertas.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Belsa B et al., en 2004, realizaron una investigación, cuyo objetivo era describir las barreras y facilitadores para realizar actividad física y ejercicio en un grupo étnicamente diverso de adultos mayores. La metodología que emplearon fue aplicar una encuesta por personal entrenado en grupos focales de 7 a 13 personas. En dicho estudio los resultados indicaron que la principal barrera era social, al no tener compañía para realizar las actividades físicas. Otra de las principales barreras mencionada por los 7 grupos, fueron las enfermedades crónicas tales como osteoartritis, diabetes y en menor porcentaje se menciona los factores ambientales como el transporte. Llegaron a la conclusión que las estrategias para la programación específica de programas de actividad física deben ser basadas en la comunidad (9).

Walcott-McQuigg J y Prohaska T, en 2001, realizaron una investigación cuyo objetivo era conocer los factores que influyen en la participación del ejercicio en adultos mayores afro americanos. Empleando la metodología de grupos focales aplicando un instrumento de evaluación de la preparación motivacional para el ejercicio además de mencionar sobre los factores que influyen en la participación en el ejercicio, basado en el Modelo de Creencias de Salud. Teniendo como resultados que las mujeres, tienen con mayor frecuencia la barrera social ya que afirmaban no tener tiempo por responsabilidades familiares como cuidar a sus nietos, entre otros trabajos del hogar. Como conclusión, se recomendaba la promoción de programas de ejercicios basado en la comunidad y género (10).

Brenda W et al., en 2002, realizaron una investigación cuyo objetivo fue comparar el efecto del ejercicio aeróbico y de resistencia sobre la función emocional y física entre personas mayores con sintomatología depresiva inicialmente alta o baja. Emplearon la metodología de ensayo clínico en personas adultas mayores con osteoartritis de rodilla asignadas al azar a la educación sobre salud (control), ejercicios de resistencia o grupos de ejercicios aeróbicos. Evaluándose a través del

score de CES-D (síntomatología depresiva) 3, 9,18 meses después. En los resultados mostraron que el ejercicio aeróbico, pero no la resistencia, redujo significativamente las puntuaciones de depresión durante un seguimiento a los 18 meses. El efecto antidepresivo de ejercicios aeróbicos se encontró para ambos grupos de persona. En conclusión, el ejercicio puede ser una opción de tratamiento más completa para la depresión, ya que no solo mejora la función emocional, pero también tiene una influencia positiva en la función física (11).

Miller W y Brown P, en 2017, tuvieron como objetivo identificar motivadores, facilitadores y barreras comunes para participar en ejercicio regular. En su metodología utilizaron métodos cualitativos y descriptivos, usando entrevistas semiestructuradas y guiadas por 3 preguntas de investigación primarias. En sus resultados una de las principales barreras donde ambos géneros coincidieron fue las enfermedades agudas y crónicas tales como artritis, gonalgia, fibrilación aurícula, otra de las barreras que se mencionan a predominio del sexo femenino fueron las responsabilidades familiares y encontraban como motivación el apoyo familiar. En conclusión, existe limitado conocimiento y evidencia con respecto a las barreas y facilitadores para realizar ejercicio físico en los adultos mayores (12).

Lidegaard LP et al., en 2016, plantearon como objetivo explorar las barreras y los motivadores para la actividad física en un grupo de personas con sobrepeso y obesidad con diabetes tipo 2. En su metodología Se realizaron cuatro grupos focales que incluyeron a 28 personas con diabetes tipo 2 de entre 39 y 71 años, los encuestadores utilizaron preguntas abiertas y sondeos como imágenes, declaraciones y citas sobre la actividad física para fomentar la participación activa y la interacción entre los participantes. En sus resultados los participantes resaltaron el cuerpo como barrera a la actividad física por limitaciones funcionales; falta de tiempo y la conciencia de dónde hacer ejercicio en el área local, por otro lado, resaltaron como motivación estar físicamente activo con los demás, proporcionando un sentido de compromiso y disfrute mutuo. Concluyendo que los hallazgos sugieren que, una vez que las personas están activas, un alto nivel de interacción social puede ayudar a mantener sus niveles de actividad (13).

Bethancourt H et al., en 2014, realizaron un estudio que tuvo como objetivos comprender las barreras y los facilitadores de la actividad física y la participación en los programas de actividad física entre los adultos mayores. La metodología empleada fue de tipo cualitativo usando grupos focales de 13 participantes incluyendo 6 preguntas sobre los temas de actividad física, los tipos del apoyo disponible en su sistema de atención médica, y opiniones sobre los beneficios del programa de acondicionamiento físico para personas mayores. Dentro de los resultados, describieron las limitaciones físicas debido a condiciones de salud o envejecimiento, falta de orientación profesional y distribución inadecuada de información sobre la disponibilidad y opciones. Los facilitadores incluyeron la motivación para mantener el estado físico y salud mental y acceso a opciones asequibles, convenientes y estimulantes. Dando como conclusión que los adultos mayores pueden beneficiarse de un mayor apoyo e información de sus proveedores y sistema de salud (14).

Moschny A et al., en el estudio del 2001, plantearon como objetivo analizar las barreras a la actividad física en una cohorte de adultos mayores, permitiendo comparaciones entre hombres y mujeres, y grupos de edad. En su metodología participaron 937 adultos mayores con una edad media de 77 años en las entrevistas telefónicas de seguimiento de siete años de la cohorte. Los participantes que declararon que no hacían suficiente actividad física fueron encuestados con respecto a las barreras para la actividad física. Con respecto a los resultados, las tres barreras citadas con mayor frecuencia fueron la mala salud (57.7%), la falta de compañía (43%) y la falta de interés (36.7%). La falta de oportunidades para practicar deportes o actividades de ocio (30.3% frente a 15.6%) y la falta de transporte (29.0% frente a 7.1%) fueron declaradas con mayor frecuencia por las mujeres encuestadas que por los hombres. Concluyendo que las estrategias de promoción e intervención deben considerar las barreras y adaptar las medidas a las necesidades específicas de los adultos mayores para reducir sus limitaciones a la actividad física (15).

Haley C y Andel R. en 2010 tuvieron el objetivo examinar los factores relacionados con la participación en caminatas y deportes En la Metodología utilizaron los datos provenientes del Estudio Changing Lives, realizado en 2002. La recopilación de

datos se realizó principalmente por teléfono o cara a cara. En los resultados hallaron una asociación en los varones con mejor salud y disminución de índice de masa corporal cursando con mejor caminata asimismo se asoció a mejor participación en ejercicios, además presentaron mejor participación en la actividad física aquellos que tienen más educación y menos comorbilidades. Las mujeres tenían menos probabilidades de participar en la marcha, al igual que aquellas con limitaciones más funcionales y mayor IMC. Concluyendo en prestar atención a diferentes subgrupos para promover la participación en actividades específicas (16).

Murtagh EM et al., en 2015, plantearon como objetivo identificar los correlatos de la inactividad física en una muestra representativa de la población de adultos mayores en Irlanda utilizaron en su metodología tipo de estudio cohorte prospectivo de adultos que viven en la comunidad en la República de Irlanda de 50 años o más, realizaron evaluación de la salud mental y física, las circunstancias sociales y financieras de los participantes, que se evaluaron en una entrevista domiciliaria mediante entrevista personal asistida por computadora y un cuestionario de auto-completado. En los resultados hallaron que las mujeres son dos veces menos activas que los hombres, también registraron que al aumentar la edad se asociaba a más inactividad física. Aquellos que pensaban que tenían una mala o pobre salud eran más inactivas en comparación a aquellos que pensaban que tenía una buena o excelente salud. En conclusión, estos resultados pueden apoyar el desarrollo de intervenciones personalizadas para promover un envejecimiento saludable (17).

## **2.2 Bases teóricas**

### **Cambios fisiológicos en el adulto mayor y su influencia en la actividad física**

En el adulto mayor ocurren cambios fisiológicos que condicionan la disminución de la actividad física, se puede mencionar a el envejecimiento muscular, el cual da inicio en la cuarta década, acelerándose a los 65 años; los cambios son: disminución de masa muscular, infiltración con grasa y tejido conectivo, hay una disminución especialmente significativa de las fibras tipo 2, desarreglo de las miofibrillas, disminución de las unidades motoras, y disminución del flujo sanguíneo. A nivel subcelular hay falla en la síntesis de nuevas proteínas relevantes para la

formación de miofibrillas, entre otros. Todos esos cambios se traducen en una menor capacidad del músculo para generar fuerza.

Por otro lado, los cambios del envejecimiento con respecto a la función cardíaca incluyen la disminución de la distensibilidad cardíaca y la respuesta fisiológica del corazón al ejercicio, además de aparición de ateromatosis de la aorta y ramas principales condicionando a mayor trabajo cardíaco al realizar ejercicio.

Hay cambios pulmonares tales como la disminución de la fuerza de los músculos espiratorios, los adultos mayores adoptan una estrategia diferente de respirar, no interfiriendo con el ejercicio, es así que la actividad física no se ve limitada por este cambio (18).

### **Barrera social en la actividad física en el adulto mayor**

A través de distintos estudios, notamos la importancia del apoyo familiar y de amigos para realizar actividad física, en Brasil se logró demostrar que las personas mayores que tenían la compañía de familiares o amigos para caminar tenían una prevalencia 2.45 veces mayor de llegar a las recomendaciones de actividad física en el tiempo libre que aquellas que no lo hacían. Aquellos que tenían compañía de amigos para practicar actividad física de moderada a vigorosa tenían 3.23 veces más probabilidades de llegar a las recomendaciones de actividad física que sus contrapartes.

En el caso de las mujeres adultas mayores, se mencionaba las obligaciones familiares, las cuáles no les permiten realizar actividades físicas, tales como cuidado de nietos, tareas domésticas, entre otras (19).

### **Barreras estructurales y medio ambiente**

Las principales limitaciones que indican son de ubicación, transporte y seguridad. Estas y otras condiciones adversas mostraron la necesidad de que algunos adultos mayores requieran de un espacio interior en vez de realizar actividades al aire libre. Sin embargo, muchos adultos mayores informaron que los lugares cerrados para realizar actividad física se encontraban muy lejos de su casa, poniendo como barrera el transporte (20).

## **Comorbilidades y actividad física del adulto mayor**

Se debe tener en cuenta que la actividad física regula sustancialmente estos riesgos tales como enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus). Esto es sugerido por estudios que demuestran una disminución estadísticamente significativa en el riesgo relativo de enfermedad cardiovascular y mortalidad por todas las causas entre las personas que están clasificadas como activas en comparación con aquellas en un rango de edad similar que realizan poco o nada de actividad física. El mayor incremento en el beneficio de la mortalidad se observa cuando se comparan adultos sedentarios con aquellos en el siguiente nivel de actividad física más alto. Evidencia adicional sugiere que la fuerza muscular y la potencia también predicen la mortalidad por causa cardíaca y cardiovascular, independientemente de la condición cardiovascular. Por lo tanto, se debe evitar una vida sedentaria realizando al menos alguna actividad física diaria es una recomendación prudente para reducir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y posponer la mortalidad prematura a cualquier edad (9).

## **Barreras psicológicas y actividad física en el adulto mayor**

El ejercicio físico puede ser eficaz para reducir la depresión clínica y los síntomas depresivos a corto plazo entre los ancianos que sufren depresión o una gran cantidad de síntomas depresivos. Se necesitan más estudios bien controlados, se encuentran estudios donde indican que, a más síntomas depresivos, se presenta disminución de la actividad física (21).

### **2.3 Definición de términos básicos**

**Adulto mayor:** A toda persona mayor de 60 años (22).

**Sarcopenia:** Baja fuerza muscular, utiliza la detección de baja cantidad y calidad muscular para confirmar el diagnóstico de la sarcopenia e identifica el desempeño físico deficiente como un indicador de sarcopenia grave (2).

**Fragilidad:** Estado clínico caracterizado por una mayor vulnerabilidad de un organismo a los factores de estrés, lo que expone a los individuos a resultados negativos relacionados con la salud (23).

**Actividad física:** Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía (1).

**Actividad física en el adulto mayor:** Los adultos de 65 en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas (1).

**Ejercicio físico:** Es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física (1).

**Ejercicio aerobio:** Es el ejercicio físico el cual necesita implícitamente de la respiración para poder realizarse. Los ejercicios aeróbicos incluyen cualquier tipo de ejercicio que se practique a niveles moderados de intensidad durante períodos de tiempo extensos, lo que hace mantener una frecuencia cardíaca más elevada (1).

**Ejercicio físico anaerobio:** Consiste en un esfuerzo de corta duración en que el glucógeno o la glucosa son consumidas sin oxígeno (1).

**La vida sedentaria:** Se define como una forma de vida o estilo de vida que requiere una actividad física mínima y que fomenta la inactividad a través de elecciones limitadas, desincentivos y / o barreras estructurales o financieras (1).



## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1 Formulación de hipótesis**

#### **Hipótesis general**

Existen barreras relacionadas a la inactividad física en el adulto mayor.

#### **Hipótesis específicas**

Las características sociodemográficas están relacionadas a la inactividad física.

Las barreras sociales psicológicas y nutricionales están relacionadas a la inactividad física.

Los niveles de hemoglobina y albumina están relacionada a la inactividad física.

### 3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición operacional	Tipo	Dimensión	Escala de medición	Indicador	Categorías o valores	Criterios para valores finales
<b>Características personales</b>	Conjunto de cualidades que identifica al adulto mayor	Cualitativa	Sexo	Nominal Dicotómica		Femenino Masculino	Femenino Masculino
			Estado civil	Nominal Politómica		Soltero Casado Divorciado Viudo Conviviente	Soltero Casado Divorciado Viudo Conviviente
			Cohabitación	Nominal Politómica		Solo Padres Hermanos Otros familiares Pareja Hijos Amigos	Solo Acompañado Acompañado Acompañado Acompañado Acompañado
			Procedencia	Nominal Dicotómica		Lima Provincia	Lima Provincia
<b>Edad</b>	Tiempo de vida	Cuantitativa		De Razón	Edad en años		
<b>Presencia de síntomas depresivos</b>	Valoración la escala de Yessavage	Cualitativa		Nominal Dicotómica		< 5 > 5	Sin síntomas depresivos Con síntomas depresivos
<b>Riesgo social</b>	Escala de valoración de riesgo socio familiar- Escala de Gijón	Cualitativa	Preguntas del cuestionario dividido en 5 ítems valorando situación social familiar	Nominal		<15 >16	No riesgo Con riesgo social
<b>Riesgo de malnutrición</b>	Escala que consta de un cribare y evaluación para valorar riesgo de malnutrición o diagnóstico de malnutrición	Cualitativa	Cribaje :6 ítems, ampliando una evaluación: con 12 ítems	Ordinal		24-30 17-23.5 <17	Nutrición Normal riesgo de malnutrición malnutrición
<b>Comorbilidades</b>	Presencia de uno o más enfermedades además de la enfermedad o trastorno primario.	Cualitativa	HTA DM2 ARTROSIS CARDIOPATIA	Nominal		>1 comorbilidad >2 o más comorbilidades	
<b>Anemia</b>	Disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina.	Cualitativa	Gramos /litro	Nominal	HOMBRES	<13/dL >13 g/dL	Normal Anemia
					MUJERES	>13 g/dL <12 g/dL	Normal Anemia
<b>Hipoalbuminemia</b>	déficit de albúmina en la sangre	Cualitativa	Gramos/litro	Ordinal		3g/dl 2-3 g/dl <2 g/dl	Leve Moderadsevera
<b>Actividad física</b>	El cuestionario debe aplicarse mediante entrevista personal y se compone de 3 sub escalas: actividades caseras, actividades físicas o deportivas y actividades de ocio.	Cualitativa		Ordinal		< 9 9 – 16 > 16	Sedentarios Sedentarios moderados activos

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1 Tipos y diseño

Estudio de tipo observacional, alcance analítico, corte transversal y prospectivo.

### 4.2 Diseño muestral

#### Población universo

Pacientes mayores de 65 años que acuden a los consultorios externos de Geriatría, Cardiología, Medicina Interna y Endocrinología de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

#### Población de estudio

Pacientes mayores de 65 años que acuden a los consultorios externos de Geriatría, Cardiología, Medicina Interna, Endocrinología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo Marzo-Julio 2020.

#### Tamaño de la muestra

Tamaño muestra con un nivel de confianza de 95%, de una población total de 1000 personas, siendo una muestra significativa de 278 adultos mayores de 65 años.

#### Dónde:

n=tamaño de la muestra

N=tamaño de la población o universo

Z=parámetro estadístico que depende el nivel de confianza

e=error de estimación máximo aceptado

p=probabilidad de que ocurra el evento estudiado

q=(1-p)=probabilidad de que no ocurra el evento estudiada

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

### **Muestreo o selección de la muestra**

Pacientes mayores de 65 años.

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

Pacientes mayores de 65 años que acuden a consultorios de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en los meses de Marzo a Julio 2020.

#### **Criterios de exclusión**

Pacientes mayores de 65 años que no deseen responder la ficha de preguntas.

Pacientes mayores de 65 años que no respondan por completo la ficha de preguntas.

Pacientes mayores de 65 años que tengan diagnóstico de demencia.

Pacientes mayores de 65 años con grado II de dismovilidad.

Pacientes mayores de 65 años sin registro de datos de hemoglobina y albumina en su historia clínica de los tres últimos meses.

### **4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizará una ficha de datos, dividida en seis segmentos que incluirá: las características personales (edad, sexo, estado civil, cohabitación y procedencia), las comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, osteoartrosis u otros), características laboratoriales: valores de hemoglobina y albumina, valoración del riesgo social, valoración del riesgo de malnutrición o malnutrición y riesgo de depresión.

Los tres últimos segmentos se desarrollaron a partir de tres instrumentos validados, el primero de ellos es la Escala de Gijón, para realizar una valoración social es necesario incluir dimensiones como: el ajuste ambiental, la adaptación personal y las interacciones sociales. La escala de valoración Gijón permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social con un grado de fiabilidad alto y de

validez aceptable, como un instrumento específico de medición de la situación social, es útil para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria de las personas ancianas (24).

El segundo instrumento usado es el mini nutritional assessment, una prueba para la evaluación del estado nutricional global del adulto mayor. Este considera 18 preguntas: antropometría (IMC, circunferencia braquial y de la pantorrilla, pérdida ponderal del peso); evaluación global (autovalencia, enfermedades agudas, problemas psiquiátricos); parámetros alimentarios (frecuencia de consumo de lácteos, leguminosas, verduras, frutas, huevo y cárneos, consumo de líquidos y apetito) y salud mental (percepción del estado de salud). El puntaje máximo es de 30 puntos y se clasificó según la propuesta del MINSAL: estado nutricional satisfactorio 24 puntos, riesgo de desnutrición entre 17,0 y 23,5 puntos y desnutrición <17 puntos (25).

Por último, la escala de Yesevage que consta de 15 preguntas de respuestas dicotómicas con puntuación de 0 y 1, el coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0.7268 indicando que la escala GDS- 15 es altamente confiable; 14 de los 15 ítems estadísticamente predicen moderadamente el constructor de depresión; sin embargo, desde el análisis psicológico los 15 ítems son pertinentes para evaluar rasgos depresivos (26).

En cuanto a la actividad física, se utilizará la versión española del cuestionario modificado de Baecke validado en adultos mayores, que, a través de preguntas sobre actividades de la actividad diaria, nos clasifica al adulto mayor como una persona sedentaria, sedentaria moderada o activa (3)

Luego de obtener el listado de internos por establecimiento de salud, se acudirá a cada servicio de consultorio externo para ubicar –por conveniencia- a los participantes, así brindar información sobre el objetivo del estudio, conceptos principales y modo de resolución de la encuesta. Tras conseguir su asentimiento, se realizará las preguntas de filiación, asimismo las preguntas de las distintas escalas.

#### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

Los resultados de las encuestas serán digitalizados en una base de datos en *Microsoft Excel*. Se realizará una limpieza general y control de calidad de los datos ingresados, y la exclusión de las encuestas que no cumplan con los criterios de selección. Se insertarán columnas para calcular la sumatoria del cuestionario que evalúa depresión, mini nutritional y riesgo social asimismo se ingresará los valores de hemoglobina y albumina para determinar la categoría y nivel, respectivamente.

Se caracterizarán las variables mediante estadística descriptiva para determinar la distribución de frecuencia. Luego, se utilizará la prueba de chi cuadrado (variable dicotómica) para evaluar la asociación entre síntomas depresivos, riesgo de malnutrición, riesgo social, anemia, hipoalbuminemia, numero de comorbilidades para luego ser relacionadas con inactividad física. Se considerará un  $p < 0.05$  como significativo. Las variables que se encuentran asociadas se incluirán en un modelo de regresión logística múltiple. Todo procesamiento estadístico se realizará con el programa *Microsoft Excel* y *Statistical Package for the Social Science (SPSS) Statistics v24.0*. Los resultados significativos serán representados en tablas y gráficos identificados claramente.

#### **4.5 Aspectos éticos**

El presente estudio será presentado para su aprobación a la Oficina de Docencia e Investigación de cada sede hospitalaria seleccionada, y al Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Se reservará, en estricto privado, la identidad e información de cada participante asignando una numeración única en cada uno, siendo este el número de ficha.

Al contar con el asentimiento, los alcances del estudio no atentarán contra el principio de autonomía de los participantes.

## CRONOGRAMA

Pasos	2019										
	F e b r e r o	M a r z o	A b r i l	M a y o	J u n i o	J u l i o	A g o s t o	S e p t i e m b r e	O c t u b r e	N o v i e m b r e	D i c i e m b r e
Redacción final del plan de tesis	X										
Aprobación del plan de tesis		X									
Recolección de datos			X	X							
Procesamiento y análisis de datos					X						
Elaboración del informe						X	X				
Correcciones de trabajo de investigación								X	X		
Aprobación del trabajo de investigación										X	
Publicación del artículo científico											X

## PRESUPUESTO

<b>Concepto</b>	<b>Monto estimado (soles)</b>
<b>Material de escritorio</b>	<b>100.00</b>
<b>Impresiones</b>	<b>200.00</b>
<b>Traslados</b>	<b>100.00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>400.00</b>



## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. World Health Organization Global Recommendations on Physical Activity for Health .Geneva :World Health Organization, 2010.
2. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019 Jan 1;48(1):16-31
3. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018; 6: 1077–86
4. Keadle SK, McKinnon R, Graubard BI, Troiano RP. Prevalence and trends in physical activity among older adults in the United States: a comparison across three national surveys. *Prev Med*. 2016; 89:37–43.
5. Gomes M, Figueiredo D, Teixeira L, Poveda V, Paúl C, Santos-Silva A, Costa E. Physical inactivity among older adults across Europe based on the SHARE database. *Age Ageing*. 2017 Jan 20;46(1):71-77
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Menos de la mitad de la población realiza en su tiempo libre la práctica de algún deporte o ejercicio físico. México: 2018.
7. Tarqui C, Sánchez J, Álvarez-Dongo D, Valdivia S. Niveles de Actividad Física en la población peruana. *Bol - Inst Nac Salud* .2013; 19:148-149
8. Zafra E, Millones E, Retuerto M. Factores sociodemográficos asociados a actividad física y sedentarismo en población peruana adulta. *REV. PERU. EPIDEMIOL*. 2013;17 ( 3) :01-06
9. Belza B, Walwick J, Shiu-Thornton S, Schwartz S, Taylor M, LoGerfo J. Older adult perspectives on physical activity and exercise: voices from multiple cultures. *Prev Chronic Dis*. 2004 Oct;1(4):A09.
10. Walcott-McQuigg J, Prohaska T. Factors Influencing Participation of African American Elders in Exercise Behavior *Public Health Nursing*. 2001;18( 3): 194–203
11. Brenda W, Rejeski W, Pandya J, Miller M, Di Bari M, Applegate W, Pahor M. Exercise and Depressive Symptoms: A Comparison of Aerobic and Resistance Exercise Effects on Emotional and Physical Function in Older Persons With High and Low Depressive Symptomatology *The Journals of Gerontology*. 2002;57:122-127
12. Miller W, Brown PR. (2017). *Motivators, Facilitators, and Barriers to Physical Activity in Older Adults*. *Holistic Nursing Practice*, 31(4), 216–224.
13. Lidegaard LP, Schwennesen N, Willaing I, Faerch K. Barriers to and motivators for physical activity among people with Type 2 diabetes: patients' perspectives. *Diabet Med*. 2016;33(12):1677–85.

14. Bethancourt HJ, Rosenberg DE, Beatty T, Arterburn DE. Barriers to and facilitators of physical activity program use among older adults. *Clin Med Res.* 2014 Sep;12(1–2):10–20.
15. Anna Moschny<sup>1\*</sup>, Petra Platen<sup>1</sup>, Renate Klaaßen-Mielke<sup>2</sup>, Ulrike Trampisch<sup>1</sup> and Timo Hinrichs<sup>1</sup> Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study Moschny et al. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2011, 8:121
16. Haley C, Andel R. Correlates of physical activity participation in community-dwelling older adults. *J Aging Phys Act.* 2010 Oct;18(4):375–89.
17. Murtagh EM, Murphy MH, Murphy NM, Woods C, Nevill AM, Lane A. Prevalence and correlates of physical inactivity in community-dwelling older adults in Ireland. *PLoS ONE.* 2015;10(2)
18. Salech, F; Jara, R; Michea, L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento *REV. MED. CLIN. CONDES* - 2012; 23(1) 19-29
19. Böhm AW, Mielke GI, da Cruz MF, Ramires VV, Wehrmeister FC. Social Support and Leisure-Time Physical Activity among the Elderly: A Population-Based Study. *Journal of Physical Activity and Health.* 2016 Jun;13(6):599–605
20. Cvecka, J., Tirpakova, V., Sedliak, M., Kern, H., Mayr, W., & Hamar, D. Physical Activity in Elderly. *European journal of translational myology.* 2015; 25(4): 249-52.
21. Sjösten N, Kivelä S-L. The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 2006 May;21(5):410–8.
22. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015
23. Cesari M, Calvani R, Marzetti E. Frailty in Older Persons. *Clinics in Geriatric Medicine.* 2017 Aug;33(3):293–303.
24. Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García-Palleiro P, et al. Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a geriatric convalescence unit in Spain. *J Am Geriatr Soc.* 2003 Feb;51(2):252–7.
25. Urteaga C, Ramos R, Atalah E. Validación del criterio de evaluación nutricional global del adulto mayor. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2001; 129( 8): 871-876.
26. Bacca, AM, González, A, Uribe Rodríguez, AF. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico.* 2005;1(4):53-63.

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Barreras para el desarrollo de la actividad física en adultos mayores que acuden a consulta externa del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2020	¿Cuáles son las barreras para el desarrollo de actividad física en adultos mayores que acuden a consulta externa del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020?	<b>Objetivo general</b>  Determinar las barreras para el desarrollo de actividad física en adultos mayores que acuden a consulta externa del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.	<b>Hipótesis general</b>  Existen barreras relacionadas a la inactividad física.	Observacional Analítico Transversal Prospectivo	<b>Población de estudio</b>  Pacientes mayores de 65 años que acuden a los consultorios externos de Geriátrica, Cardiología, Medicina Interna, Endocrinología de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo Marzo-Julio 2020.  <b>Procesamiento de datos</b>  Statistical Package for the Social Science (SPSS) Statistics v24.0	Ficha de datos
		<b>Objetivos específicos</b>  Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores que acuden a consulta externa de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.  Identificar las limitaciones sociales, nutricionales, psicológicas de los adultos mayores que acuden a consulta externa de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el	<b>Hipótesis específicas</b>  Las características sociodemográficas están relacionadas a la inactividad física.  Las barreras sociales psicológicas y nutricionales están relacionadas a la inactividad física.  Los niveles de hemoglobina y albumina están relacionada a la inactividad física.			

		<p>periodo de Marzo a Julio 2020.</p> <p>Mencionar los niveles de hemoglobina y albúmina séricos de los adultos mayores que acuden a consulta externa de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.</p> <p>Identificar el nivel de actividad física en adultos mayores  Analizar la asociación entre nivel de hemoglobina y actividad física en el periodo de Marzo a Julio 2020.</p> <p>Analizar la asociación entre nivel de albúmina y actividad física de los adultos mayores que acuden a consulta externa de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.</p> <p>Analizar la relación entre comorbilidades y actividad física de los adultos mayores que acuden a consulta externa de</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		<p>Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.</p> <p>Analizar la relación entre características sociodemográficas y nivel de actividad física de los adultos mayores que acuden a consulta externa de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.</p> <p>Analizar la relación entre las limitaciones sociales, nutricionales y psicológicas con el nivel de actividad física de los adultos mayores que acuden a consulta externa de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Marzo a Julio 2020.</p>				
--	--	---	--	--	--	--

## 2. Instrumento de recolección de datos

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS TRABAJO

NOMBRE:

EDAD:

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

TELEFONO:

CONSULTORIO:

OTRAS ENFERMEDADES:

NIVEL DE HB:

NIVEL DE ALBUMINA:

#### ESCALA DE BAECKE-ACTIVIDAD FISICA EN ADULTO MAYOR

<b>Realiza usted trabajos caseros ligeros por ejemplo sacar el polvo, lavar platos, arreglar ropa</b>
0 Nunca (Menos de una vez al mes)
1 Algunas veces (Solo cuando la pareja u otra persona no la pueden hacer))
2 Regularmente (Algunas veces asistido por su pareja u otra ayuda)
3 Siempre (solo o junto con su pareja)
<b>Realiza usted trabajos caseros pesados por ejemplo fregar suelos, limpiar ventanas, cargar bolsas de basura</b>
0 Nunca (Menos de una vez al mes)
1 Algunas veces (Solo cuando la pareja u otra persona no la pueden hacer))
2 Regularmente (Algunas veces asistido por su pareja u otra ayuda)
3 Siempre (solo o junto con su pareja)
<b>Para cuantas personas limpia y arregla la casa, incluyendo usted, marque 0 si ha marcado nunca en la pregunta 1 y 2</b>
<b>Cuantas habitaciones arregla y limpia usted, incluyendo cocina, dormitorio, salón, garaje, sótano, baño, escriba 0 si ha marcado nunca en las preguntas 1 y 2</b>
0 nunca hago el arreglo o limpieza de la casa
1 1-6 habitaciones
2 7-9 habitaciones
3 10 habitaciones
<b>Si arregla y limpia la casa en cuantos niveles están ubicadas las habitaciones escriba 0 si ha marcado nunca en la pregunta 4</b>
<b>Cocina usted mismo su comida o ayuda a prepararla</b>

0 nunca
1 Algunas veces (1 a 2 veces por semana)
2 Regularmente (3 a 5 veces a la semana)
3 Siempre (más de 5 veces a la semana)
<b>Cuantos pisos o escaleras sube un día (un piso o escalera son 10 escalones)</b>
0 nunca subo escaleras
1 1-5 veces
2 6-10 veces
3 más 10 veces
<b>Si sale a alguna parte de su ciudad que tipo de transporte usa</b>
0 nunca salgo de casa
1 Coche
2 Transporte público
3 Bicicleta
4 Andando
<b>Con que frecuencia sale a hacer la compra</b>
0 Nunca o menos d una vez por semana
1 Una vez a la semana
2 2-4 veces a la semana
3 Cada día
<b>Si sale a comprar qué tipo de transporte usa</b>
0 nunca salgo a comprar
1 Coche
2 Transporte público
3 Bicicleta
4 Andando

### Cuestionario social de Gijón

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (versión original de García-González JV y Díaz-Palacios)
<b>Situación familiar</b>
1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica.
2. Vive con cónyuge de similar edad.
3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia.
4. Vive solo y tiene hijos próximos.
5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.
<b>Situación económica</b>
1. Más de 1,5 veces el salario mínimo.
2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivamente.
3. Desde el salario mínimo hasta pensión mínima contributiva.
4. LISMI-FAS-Pensión no contributiva*.
5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.
<b>Vivienda</b>
1. Adecuada a las necesidades.
2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...).
3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción).
4. Ausencia de ascensor, teléfono.
5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).
<b>Relaciones sociales</b>
1. Relaciones sociales.
2. Relación social sólo con familia y vecinos.
3. Relación social sólo con familia o vecinos.
4. No sale de su domicilio, recibe familia.
5. No sale, no recibe visitas.
<b>Apoyos red social</b>
1. Con apoyo familiar o vecinal.
2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.
3. No tiene apoyo.
4. Pendiente de ingreso en residencia geriátrica.
5. Tiene cuidados permanentes.
Puntuación final: < 10 puntos: normal o riesgo social bajo. 10-16 puntos: riesgo social intermedio. > 17 puntos: riesgo social elevado (problema social)



### Escala de Yesavage

	Si	no
¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	0	1
¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
¿Siente que su vida está vacía?	1	0
¿Se aburre a menudo?	1	0
¿Está usted animado casi todo el tiempo?	0	1
¿Tiene miedo de que le vaya a pasar algo malo?	1	0
¿Está usted contento durante el día?	0	1
¿Se siente desamparado o abandonado?	1	0
¿Prefiere quedarse en casa o en la habitación en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
¿Cree que es estupendo estar vivo?	0	1
¿Se siente usted inútil tal como está ahora?	1	0
¿Se siente lleno de energía?	0	1
¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0
Puntuación total = Puntuación: > 5 indica probable depresión. El diagnóstico se debe confirmar evaluando los criterios DSM-IV de los diferentes trastornos depresivos		

### Mini nutritional SF

CRIBAJE NUTRICIONAL			
¿Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de			
¿Masticación o deglución en los últimos 3 meses?			
0 = ha comido mucho menos	1 = ha comido menos	2 = ha comido igual	
Pérdida reciente de peso (<3 meses)			
0 = > 3 kg	1 = no lo sabe	2 = entre 1 y 3 kg	3 = no pérdida de peso
Movilidad			
0 = de la cama al sillón	1 = autonomía en el interior	2 = sale del domicilio	
¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?			
0 = sí    2 = no			
Problemas neuropsicológicos			
0 = demencia o depresión grave	1 = demencia moderada	2 = sin problemas psicológicos	
Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla) <sup>2</sup> en kg/m <sup>2</sup> )			
0 = IMC <19	1 = 19 ≤ IMC < 21	2 = 21 ≤ IMC < 23	3 = IMC ≥ 23
<b>TOTAL:</b>			

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por la Dra. Julissa Mogollón, médico residente de geriatría de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. La meta de este estudio es determinar las barreras para realización de actividad física en el adulto mayor, datos que serán obtenidos a través de algunas preguntas

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Gracias a su participación se obtendrá estadística para la intervención en las principales barreras para realizar actividad física, no existen riesgos al participar en este proyecto ya que no cuenta con ninguna prueba invasiva a realizar

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas, durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por \_\_\_\_\_. He sido informado (a) de que la meta de este estudio, me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Dra. Julissa Mogollón al teléfono 946892282.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar a Dra. Julissa Mogollón al teléfono anteriormente mencionado.

-----  
Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

(en letras de imprenta)