

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



**“DESARROLLO DE TERAPIA DE APOYO PARA PACIENTES DE LA TERCERA
EDAD DE SENILIA CENTRO DE CUIDADOS INTEGRALES”**

MÓNICA LOURDES DARY TÓRTOLA

GUATEMALA, AGOSTO DE 2011

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**"DESARROLLO DE TERAPIA DE APOYO PARA PACIENTES DE LA TERCERA
EDAD DE SENILIA CENTRO DE CUIDADOS INTEGRALES"**

**INFORME FINAL DE EJERCICIO TÉCNICO SUPERVISADO PRESENTADO AL
HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS
PSICOLÓGICAS**

POR:

MÓNICA LOURDES DARY TÓRTOLA

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE:

TERAPISTA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE:

TÉCNICA UNIVERSITARIA

GUATEMALA, AGOSTO DE 2011

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Doctor César Augusto Lambour Lizama

DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde

SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma

REPRESENTANTE ESTUDIANTIL

ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"

TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C.c. Control Académico

EPS

Archivo

REG.205-2010

DIR. 1,306-2011

De Orden de Impresión Informe Final de ETS

09 de agosto de 2011

Estudiante

Mónica Lourdes Dary Tórtola

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UNO GUIÓN DOS MIL ONCE (1,2081-2011), que literalmente dice:

"MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UNO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- titulado: **"DESARROLLO DE TERAPIA DE APOYO PARA PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE SENILIA CENTRO DE CUIDADOS INTEGRALES,** de la carrera de Terapia Ocupacional y Recreativa, realizado por:

Mónica Lourdes Dary Tórtola

CARNÉ No. 2003-10092

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Domingo Romero Reyes y revisado por el Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Doctor César Augusto Lambour, Lizama
DIRECTOR INTERINO

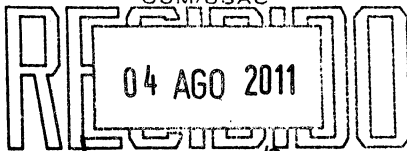


/Zusy G.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM -
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



FIRMA: *[Signature]* HORA: 4:30 Registro: 205-10

Reg. 205-2010
EPS. 036-2010

29 de julio del 2011

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, supervisado y revisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado, -ETS- de Mónica Lourdes Dary Tórtola, camé No. 200310092 titulado:

"DESARROLLO DE TERAPIA DE APOYO PARA PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE SENILIA CENTRO DE CUIDADOS INTEGRALES."

De la carrera de: Terapia Ocupacional y Recreativa

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a mi cargo, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
COORDINADOR DE EPS



/Dg.
c.c. Control Académico



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 205-2010

EPS. 036-2010

26 de julio del 2011

**Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas**

Respetables Miembros:

Tengo el agrado de comunicar a ustedes que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado, -ETS- de **Mónica Lourdes Dary Tórtola**, camé No. **200310092** titulado:

"DESARROLLO DE TERAPIA DE APOYO PARA PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE SENILIA CENTRO DE CUIDADOS INTEGRALES."

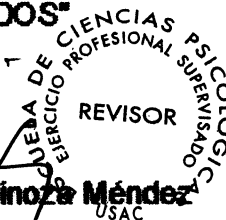
De la carrera de: **Terapia Ocupacional y Recreativa**

Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este departamento, por lo que me permito dar la respectiva **APROBACIÓN**.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑANZA A TODOS"


Licenciado **Rafael Estuardo Espinoza Méndez**
Revisor



/Dg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 205-2010

EPS. 036-2010

17 de junio del 2011

Licenciado
Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador de EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Licenciado:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado, -ETS- de Mónica Lourdes Dary Tórtola, camé No. 200310092 titulado:

"DESARROLLO DE TERAPIA DE APOYO PARA PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE SENILIA CENTRO DE CUIDADOS INTEGRALES."

De la carrera de: Terapia Ocupacional y Recreativa

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este Departamento, me permito dar mi **APROBACIÓN** para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

ASESOR SUPERVISOR

Licenciado Domingo Romero Reyes
Asesor-Supervisor

/Dg.
c.c. Expedie



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C. C. Control Académico
EPS
Archivo
Reg.205-2010
CODIPs.870-2010
De Aprobación de Proyecto ETS

18 de mayo de 2010

Estudiante
Mónica Lourdes Tórtola Ajcajabón
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO OCTAVO (19º) del Acta ONCE GUION DOS MIL DIEZ (11-2010) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 13 de mayo de 2010, que literalmente dice:

"DÉCIMO OCTAVO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS-, titulado: **"DESARROLLO DE TERAPIA DE APOYO PARA PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DE SENILIA CENTRO DE CUIDADOS INTEGRALES"**, de la carrera de Terapia Ocupacional y Recreativa, realizado por:

MÓNICA LOURDES (TÓRTOLA AJCAJABÓN) CARNÉ No. 200310092

Dicho proyecto se realizará en la Zona 11, ciudad capital de Guatemala, asignándose al Doctor Alberto Rodríguez, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y al Licenciado Domingo Romero Reyes, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**"

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Melveth S.



NUMERO: 006102010
CLASIFICACION: DIRECCION
MEDICA

Guatemala, 30 Octubre 2010

Licenciada
Claudia Rivera
Coordinadora Unidad EPS/ETS
Escuela de Ciencias Psicológicas USAC
Su despacho

Estimada Licenciada:

Reciba adjunto de la presente misiva las más sinceras muestras de consideración y estima por parte del personal administrativo de la Asociación SENILIA, así como nuestros mejores deseos de éxito en todas sus empresas.

Con gusto informo a su persona que la Bachiller Mónica Lourdes Dary Tórtola, estudiante de la escuela de psicología de la USAC con carné universitario No. 200310092, desarrollo en nuestro centro de cuidados integrales para el adulto mayor, su trabajo de ETS titulado Desarrollo de Terapia de Apoyo Para Pacientes de La Tercera Edad de SENILIA, labor que desempeñó desde el primero de febrero hasta el 30 de octubre del año en curso, demostrando durante todo el año su alto grado de compromiso, su excelencia académica y sobre todo su espíritu de servicio hacia nuestros pacientes.

Por tanto extendiendo la presente carta que sirva como finiquito de su ETS a la estudiante en mención y a la vez agradecemos enormemente el apoyo que la Escuela brinda a nuestra institución a través de permitirnos ser un centro de ETS autorizado, privilegio que nos gustaría seguir conservando en años próximos.

Cordialmente,

Dr. Wesley Alberto Rodríguez Pérez
Director Médico SENILIA
Col. 14,465

“DIOS AMA Y BENDICE AL DADOR ALEGRE”

Donaciones. Banco Industrial Cta. No. 074 -004992-4 A nombre de “SENILIA”

PADRINOS

ROBERTO DARY RIVERA

Arquitecto

Colegiado No. 119

Universidad de San Carlos de Guatemala

BERNARDITA ARMAS DE SILVA

Ingeniera Industrial

Colegiado No. 5,078

Universidad de San Carlos de Guatemala

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por estar conmigo e iluminar mi mente, por darme la oportunidad de concluir esta etapa con éxito.

A MIS PADRES: Roberto Dary y Letty Tórtola, por todo su apoyo y amor incondicional, este triunfo es para ustedes. Gracias por haberme guiado y por el esfuerzo que realizaron para que yo llegara a ser la persona que soy.

A MI HERMANA: Mariam, por el apoyo incondicional que siempre me ha dado en los momentos más importantes y difíciles de mi carrera y de mi vida. Gracias.

A MI ABUELITA: Mama Lola, por sus consejos y apoyo en todo momento.

A MI FAMILIA: Por su apoyo y muestras de cariño.

A MIS AMIGAS Y AMIGOS: Por su amistad, a Norma Medrano, Gio, Liseth Herrera, Rosy Ajtun, Areldy Gonzalez, Mildred Estrada Luna, Edna Patricia, por estar conmigo en este camino, por ayudarme cuando lo he necesitado, gracias por su amistad sincera.

AGRADECIMIENTOS

SENILIA CENTRO DE CUIDADOS INTEGRALES: Por abrirme las puertas y permitirme realizar mi Ejercicio Técnico Supervisado en las instalaciones.

ASESOR: Lic. Domingo Romero Reyes, por estar conmigo en este proceso.

REVISOR: Lic. Estuardo Espinoza, por su orientación y tiempo.

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA: Por permitir que podamos realizar nuestros estudios y ser profesionales.

INDICE

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1.1	Monografía del Lugar	..	..	..	..	..	..	1
1.2	Descripción de Senilia Centro de Cuidados Integrales	..	..	..	..	..	..	5
	1.2.1 Historia	..	..	..	..	..	..	6
	1.2.2 Visión	..	..	..	..	..	..	6
	1.2.3 Objetivos	..	..	..	..	..	..	6
	1.2.4 Símbolo	..	..	..	..	..	..	7
	1.2.5 Estructura	..	..	..	..	..	..	8
	1.2.6 Servicios, Programas y Proyectos	..	..	..	..	..	..	8
1.3	Descripción de la Población	..	..	..	..	..	..	9
1.4	Planteamiento Del Problema	..	..	..	..	..	..	10

CAPÍTULO II

ABORDAMIENTO TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1	Abordamiento Teórico	..	..	..	..	..	..	13
2.2	Objetivos	..	..	..	..	..	..	25
	2.2.1 Objetivo General	..	..	..	..	..	..	25
	2.2.2 Objetivos Específicos	..	..	..	..	..	..	25
2.3	Metodología De Abordamiento	..	..	..	..	..	..	26

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1	Subprograma de Servicio	..	..	..	..	..	..	29
3.2	Subprograma de Docencia	..	..	..	..	..	..	33
3.3	Subprograma de Investigación	..	..	..	..	..	..	34
3.4	Otras Actividades y Resultados	..	..	..	..	..	..	36

RESUMEN

El Ejercicio Técnico Supervisado se realizó en Senilia Centro de Cuidados Integrales, hogar para personas de la tercera edad con diferentes discapacidades.

El hogar Senilia actualmente se encuentra ubicado en la Colonia Tikal II, de la zona 7, la instalación es amplia, se mantiene a base de donaciones y programas. Atienden a personas de la tercera edad que no son autovalentes y que necesitan cuidados médicos especiales, son personas abandonadas y de escasos recursos. El hogar Senilia cuenta con personal médico calificado.

Para la realización del mismo se ejecutaron tres subprogramas:

- Servicio: Se dividía en actividades que los pacientes realizaban, entre ellas: gimnasia diaria, higiene y arreglo personal, actividades terapéuticas manuales y actividades de recreación.
- Docencia: Se realizaron actividades de lectura, con el objetivo de aumentar el conocimiento sobre temas de interés, para los pacientes. Así como también pláticas al personal que labora en Senilia.
- Investigación: Se investigó cómo afectaba la falta de apoyo familiar a los pacientes de Senilia.

La Geriátrica estudia la fisiología del envejecimiento, diagnóstico y tratamiento de las personas de la tercera edad, esta rama de la medicina cuenta con un equipo que se especializa también en pacientes de esta edad. Los pacientes geriátricos tienen diferentes discapacidades, esto reduce la capacidad de realizar actividades. Entre los principales objetivos de la geriátrica se encuentran: prevenir la enfermedad, evitar la independencia, dar asistencia integral, rehabilitar y proporcionar el cuidado progresivo del anciano.

Los pacientes de la tercera edad sufren de maltratos, este abuso se divide en físico, psicológico, material, activo, pasivo; este es provocado por una falta de valoración hacia esta edad.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en Guatemala a la mayoría de las personas que llegan a la tercera edad, ya no se les ve como productivas a la sociedad, ni son respetados, se les ve como una carga, esto aumenta si la persona tiene alguna discapacidad, ya sea física o psíquica. Al pasar por esta situación, son abandonados por sus familias o son desalojados de sus propios hogares, y si tienen discapacidades, sus esperanzas de vida son bajas. Muchos deambulan por las calles, pasando frío, hambre y sin un techo donde refugiarse. Se movilizan en ambientes donde son más vulnerables a enfermedades y a accidentes. Muy pocas de estas personas son llevados a Hogares especiales para su cuidado.

Este no es un problema único en Guatemala, sino que se expande a nivel mundial, a diferencia de que en algunas culturas occidentales, las personas de esta edad son respetadas y veneradas por su sabiduría y el tiempo que han vivido.

Al llegar a los hogares, estas personas están en gran parte seguras y estables porque no les faltan alimentos, ropa, techo, medicinas, entre otras cosas; aunque no tienen todo lo que quieren, entre eso el amor de sus familiares.

Un problema que existe para la mayoría de los habitantes de los hogares es que tienen mucho tiempo de ociosidad, no aprovechan el tiempo en actividades donde se puedan movilizar y expresar. Muchas veces por el bajo presupuesto con que cuentan estas instituciones no se cuenta con personal profesional y calificado para que realicen programas que se dirijan a pacientes de la tercera edad con diferentes discapacidades, donde existan talleres de lectura, de recreación, programas de ejercicios, así como también se les brinde el apoyo necesario para que se puedan independizar en las actividades de la vida diaria, todo esto guiado en objetivos generales al grupo de pacientes, pero integrándolos a las necesidades de cada uno.

En Senilia Centro de Atención Integral, existen estos tipos de problemas, debido a que los habitantes de este hogar están inactivos la mayor parte del tiempo, por lo que se les va degenerando la movilidad y motricidad. También aparece en ellos Alzheimer, Parkinson, Depresión, Autoestima Baja, lo que afecta su condición física y psíquica.

La Terapia Ocupacional en los Hogares para personas de la tercera edad es necesaria porque se deben ejecutar programas donde ellos se mantengan activos, refuercen sus hábitos de higiene para que no se desatiendan y estén haciéndolo de forma constante e independiente.

Las personas de la tercera edad, van disminuyendo sus capacidades, por lo que necesitan mantener y mejorar tres aspectos básicos: lo físico, social y psicológico. Al llegar a la tercera edad aparecen características como: limitación de las articulaciones, pérdida de fuerza muscular, enfermedades propias de la edad, lo que hace a estas personas vulnerables a depresión.

Por lo tanto es de suma importancia que la Terapia Ocupacional y Recreativa se realice con el fin de que los pacientes reduzcan el tiempo de ociosidad y que se vuelvan más activos, con el objetivo de mejorar y mantener su estado físico, independizarse en las Actividades de la Vida Diaria, así como también que tengan tiempo de recreación y un espacio donde ellos se puedan expresar de forma libre y creativa.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.1 MONOGRAFÍA DEL LUGAR

Durante la Colonia (1540-1821), la ciudad de Guatemala, era la capital de la Capitanía General de Guatemala, que incluía los territorios de Chiapas, Tabasco, Belice, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica. Después de la Independencia las provincias se separaron y finalmente la República de Centro América vio su fin en 1847. La historia de la capital de Guatemala estuvo siempre estrechamente vinculada y marcada por los movimientos sísmicos. En el siglo XVIII, el primer terremoto de importancia en Santiago se registró en 1717, después del terremoto la ciudad se traslada a La Ermita.

La ciudad de Guatemala fue asentada en 1776, en el valle de la Ermita. Su nombre completo es La Nueva Guatemala de la Asunción. La ciudad está localizada en un valle en el área sur central del país. El departamento de Guatemala fue creado por Decreto el 4 de noviembre de 1,825, que dividió la República en 7 departamentos y adoptó como centro metropolitano, la urbe conocida como Guatemala de la Asunción.

El hecho urbanístico dominante de 1821 a 1944 en el diseño de la capital fue la persistencia de la aplicación del modelo tradicional en damero, tanto en la fundación de nuevos poblados como en el ensanche de los ya existentes. No fueron muchas las poblaciones que se fundaron oficialmente en el país, pero en todos los casos se aplicó el modelo tradicional: Plaza Central, Iglesia Católica y Ayuntamiento, un elemento que condicionó el crecimiento de algunos poblados fue la ubicación de los cementerios.

En el caso de la ciudad de Guatemala, su primer ensanche fue hacia el norte, como resultado de la construcción de un hipódromo. Entonces se abrió una ancha vía a través del pueblo de Jocotenango.

Posteriormente, al final de esa avenida se hizo el templo de Minerva, y por dos décadas fue el escenario de las más importantes festividades capitalinas. En esos años se planearon, al sur, los cantones Exposición y Tívoli, con las manzanas cuadradas orientadas, en sus esquinas, a los puntos cardinales, de los que solo se realizó una parte que es la zona 4 de la capital. Este ensanche y el trazo del Boulevard 30 de Junio (hoy Avenida de La Reforma) estuvieron asociados a la Exposición Internacional de 1987. Además, se planificaron barrios a lo largo de la Calle del Cementerio (Cantones Barrios y Barillas), y la salida hacia el sur-occidente, después Avenida Bolívar (Cantones La Paz y Las Charcas). Todos ellos facilitaron el crecimiento hacia el sur hasta 1944, sin necesidad de más ampliaciones. Los barrios de Tívoli y Santa Clara se hicieron con la orientación tradicional de las calles a los puntos cardinales.

A partir de los terremotos de 1917-1918 se afirmó el cambio de los patrones habitacionales con la construcción de casas tipo chalet en las áreas suburbanas, especialmente hacia el sur oriente, destinadas a las clases alta y media. Después de dichos sismos, se lotificaron los actuales Barrios de La Recolección y El Gallito, y se produjeron campamentos provisionales, que se convirtieron en asentamientos urbanos populares no planificados. Después de la Independencia las principales obras se concentraron en la ciudad de Guatemala. Destaca la construcción de dos fuertes o castillos para resguardarla. Primero se hizo el Castillo de San José, sobre un cerro al sur del Calvario, se finalizó en 1846.

El aumento demográfico ocasionó, el crecimiento de los centros urbanos en todo el país y, en particular, el de la ciudad capital, hacia donde se dirigió una creciente migración interna en busca de mejores oportunidades económicas. Entre 1945 y la actualidad, la población de la capital rebasó los límites del municipio, desbordándose sobre las localidades vecinas.

Muchas obras que se construyeron en este lapso han modificado urbanísticamente la zona metropolitana, cambio que se inició desde los años de los gobiernos de la Revolución, y que se puede analizar dividiendo el proceso en dos períodos: de 1945 a 1976 año del terremoto del 4 de febrero, y de 1976 a la actualidad.

Al ponerse en vigencia la Constitución de 1945, las municipalidades recobraron su autonomía. En esa época se aprobó, en la capital, un nuevo sistema de nomenclatura municipal. Entre 1955 y 1957 se construyó un sistema vial de paso a desnivel, conocido como El Trébol, en la confluencia de las carreteras al Pacífico y al Occidente, el cual facilitó el tránsito en esa área.

El terremoto de 1976 destruyó unas 50,000 viviendas en la ciudad de Guatemala y cerca de 200,000 en todo el país, y provocó una gran emigración interna hacia la capital, población que se asentó en terrenos poco apropiados, en áreas marginales asentamientos que se incrementaron después, porque la emigración continuó por otros factores, como la guerra interna. Actualmente ocupan más o menos el 50% del área construida en la capital.

La Ciudad de Guatemala al sobrepasar sus límites jurisdiccionales ahora conforma la llamada Área Metropolitana de Guatemala, que lo forman los municipios de Guatemala, Villa Nueva, San Miguel Petapa, Mixco, San Juan Sacatepéquez, San José Pinula, Santa Catarina Pinula, Fraijanes, San Pedro Ayampuc, Amatitlán, Villa Canales, Palencia y Chinautla.

Su desarrollo se ha visto afectado en incontables ocasiones por desastres naturales, terremotos en su mayoría; que han devastado la ciudad y sus alrededores. El último que la afectó fue el terremoto de 1976 que dañó seriamente la estructura moderna construida y la que se encontraba en construcción. La Ciudad de Guatemala es la capital económica, gubernamental y cultural de la República.

La ciudad tiene además de una gran variedad de restaurantes, centros comerciales, plazas, hoteles y tiendas, galerías y museos. Hay 12 universidades, 11 privadas y una nacional (Universidad de San Carlos de Guatemala).

Algunos sitios turísticos de la ciudad son: Catedral Metropolitana, Centro Cultural Miguel Ángel Asturias, Mapa en Relieve, Mercado de Artesanías, Museo del Traje Indígena, Museo Miraflores, Museo Popol Vuh, Palacio Nacional, Mercado Central, IRTRA Petapa, Portal del Comercio, Kaminal Juyú, Zona Viva, Cuatro Grados Norte, Zoológico La Aurora, Reloj de Flores, Acueducto, Cerro del Carmen, Museo del Ferrocarril, Estadio Mateo Flores, Autódromo Nacional, etc.

La Ciudad está dividida en 25 zonas, plan urbanístico diseñado por el Ingeniero Raúl Aguilar Batres que consistió en la nomenclatura municipal para casas y calles. La concentración de los centros económicos y financieros que albergan oficinas internacionales se ha extendido hacia el sur de la capital guatemalteca, especialmente en las zonas 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15. La industria está concentrada mayormente en la zona 12, siendo esta la más contaminada de la ciudad. La Zona 11 se encuentra en el área sur de la capital, tiene varios accesos de entradas a sus diferentes colonias.

Dentro de los confines de la moderna Ciudad de Guatemala está la antigua ciudad maya de Kaminal Juyú, que data de unos 2.000 años atrás, Kaminal Juyú es un lugar arqueológico prehispánico maya, ubicado en las tierras altas de Guatemala.

Su nombre proviene del quiché que significa “Colina del Muerto”. El centro de Kaminal Juyú estaba localizado a corta distancia de la parte más antigua de la Ciudad de Guatemala, y en el siglo XX la ciudad creció alrededor de las ruinas (y en algunos casos sobre algunas de las ruinas periféricas antes de que fueran protegidas). El centro ceremonial de Kaminal Juyú es ahora un parque dentro de la Ciudad de Guatemala.

Actualmente de Kaminal Juyú solo se conserva su acrópolis central, ya que una importante sección del sitio ha sido destruido por la urbanización. Gran parte se convirtió en lo que hoy es la colonia Miraflores, que se divide en Miraflores I y Miraflores II, donde se encuentran el centro comercial Galerías Miraflores y el museo Miraflores.

El desarrollo urbano también creció en el Sur y en el Poniente de la ciudad, surgió un tipo de urbanización que se benefició al constituirse el Anillo Periférico: Jardines de Utatlán, Loma Linda, Granai & Towson y la colonia Tikal que se divide en Tikal I y Tikal II.

Esta es un gran área comercial en la que se pueden mencionar Las Majadas que está ubicada entre las zonas 11 y 7 de Guatemala, es el complejo comercial más amplio de Centroamérica; contempla en su interior 15 centros comerciales y supermercados así como hoteles 5 estrellas, sobresaliendo el Grand Tikal Futura Hotel; entre los principales centros comerciales se encuentra Galerías Miraflores, el más grande de Centroamérica y Tikal Futura (centro comercial).

Cerca de la colonia Tikal II se encuentra la Comisaría 14 de la Policía Nacional Civil, el Centro Comercial PeriRoosevelt, HiperPaiz, el Anillo Periférico. La calzada San Juan es un área básicamente comercial.

1.2 DESCRIPCIÓN DE SENILIA CENTRO DE CUIDADOS INTEGRALES

El Hogar “Senilia” está ubicado en la zona 11 en la colonia Miraflores, cerca del Periférico, el Hogar es una casa particular amplia, que ha sido acomodada para que 15 personas de la tercera edad con diferentes discapacidades puedan habitarla. El hogar cuenta con sala de estar, jardín, tres dormitorios (uno grande para mujeres y dos para hombres), servicio sanitario, clínica y administración, cocina, patio, en el segundo nivel se encuentra la bodega. El baño tiene adaptaciones para discapacitados. El Hogar cuenta con servicios básicos como agua, luz. Se mantiene por donaciones y programas. En su exterior Senilia se encuentra rodeada de casas.

1.2.1 HISTORIA

SENILIA CENTRO DE CUIDADOS INTEGRALES, está integrado por un grupo de profesionales jóvenes cuya inquietud es atender y ayudar al adulto mayor y a sus familiares, su fundador es Guillermo Arreaga. La Asociación SENILIA, tiene como objetivo fundamental trabajar para los ancianos más necesitados de Guatemala, especialmente aquellos que no son autovalentes y que necesitan cuidados médicos especiales; brinda a los jóvenes y adultos guatemaltecos la oportunidad de involucrarse en la atención y el cuidado de los ancianos por medio de programas de voluntariado, esto con el fin de lograr que todos tomen conciencia de las necesidades actuales de los ancianos y de esta manera, contribuir a que la sociedad guatemalteca, se sensibilice sobre la realidad del abandono de las personas de tercera edad en el país.

1.2.2 VISIÓN

La instalación de varios centros a nivel nacional dedicados a los cuidados integrales a ancianos, a partir de un centro piloto en la Ciudad de Guatemala, cuya capacidad permita el proporcionar vivienda digna, alimentación, programas ocupacionales y lúdicos, así también hospitalización y atención médica para los ancianos que así lo requiera su estado de salud, o la forma en que fueron encontrados al momento de su ingreso.

La cobertura integral se desarrolla según una serie de fases que permiten la puesta en marcha de los centros, según los ideales y objetivos de la Asociación SENILIA.

1.2.3 OBJETIVOS

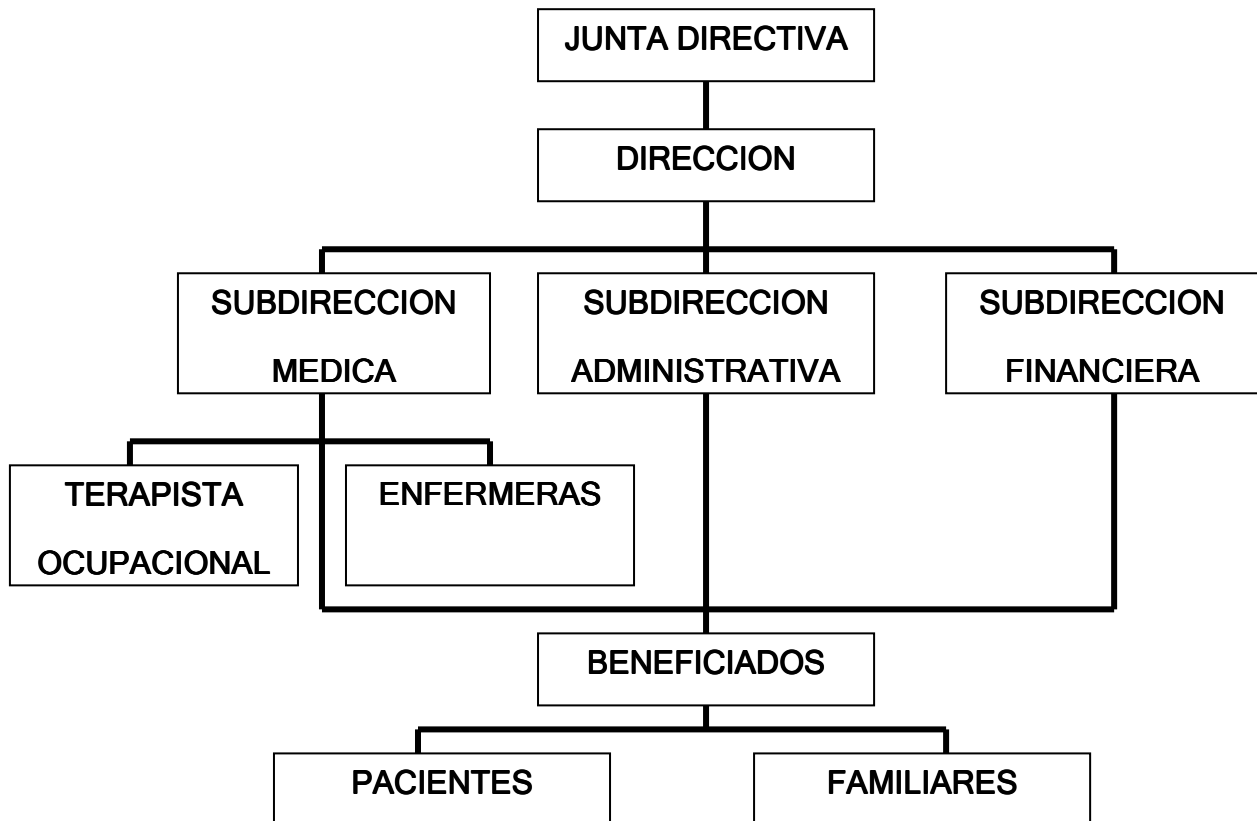
- Dar cuidado permanente a las personas de la tercera edad que no poseen un hogar y sufren alguna discapacidad física, mental o social.
- Dar recuperación y Asistencia Nutricional a los pacientes institucionalizados.
- Dar cuidados de enfermería las 24 horas.

- Brindar Asistencia Médica Primaria a los pacientes institucionalizados y por consulta externa a aquellos que necesitan la ayuda.
- Brindar Terapia Recreativa y Ocupacional, así como fisioterapia a los pacientes.
- Reclutar y Orientar a personas voluntarias que deseen participar en el cuidado del adulto mayor discapacitado.
- Procurar el Autosostenimiento de la Asociación.

1.2.4 SÍMBOLO

Se generó en base a la idea del cuidado, la perseverancia y el entusiasmo de la gente joven al cuidado de los ancianos. Las manos, representan a una persona joven, fuerte que está al cuidado de la luz de la vela, que simbólicamente representa a los ancianos, una vela cuya llama ya no es tan fuerte pero aun así necesita ser avivada constantemente, pues su luz sigue siendo una guía, necesaria y cálida. La llama es la estilización visual de la letra S, inicial de Senilia que de igual forma simboliza la suavidad, la sabiduría, la sencillez y lo simple de la vida, que empieza a disfrutarse más a medida que la edad avanza. Estos elementos visuales están colocados dentro de un círculo, que psicológicamente representa el ciclo sinfín, la vida como tal y en su elemento visual tranquilizante, pero no menos fuerte y no constituye para nada un gran esfuerzo para comprenderse. Los colores elegidos para esta imagen de identidad se ubican dentro de una gama tonal monocroma, es decir los colores van del rosa al morado intenso, lo cual visualmente conserva el equilibrio y la armonía. El rosa, color suave, relacionado con la ternura, equilibra la imagen, ya que la tipografía en color morado intenso, tiene un peso visual mayor, lo que guía la lectura del ojo de arriba hacia abajo permitiendo observar todos los elementos del logotipo. El morado es un color solemne, fuerte, elegante y juvenil, elemento importante en la Asociación.

1.2.5 ESTRUCTURA



1.2.6 SERVICIOS, PROGRAMAS Y PROYECTOS

SERVICIOS:

- Cuidados de enfermería
- Atención médica primaria
- Hospedaje
- Alimentación

PROGRAMAS:

- De vivienda
- De voluntariado
 - Fábrica de sonrisas
 - Cooperación institucional

PROYECTOS:

- Kilómetro del pañal, consiste en recaudar pañales y distribuirlos a otros centros donde se necesiten.
- Cena benéfica.
- “Los Supernietos”, proyecto de apadrinamiento, donde se dan mensualmente Q.25.00 para el paciente elegido por el padrino, con esto se trata de cubrir alimentación y medicamentos.
- “Familias de amor”, consiste en que cada domingo una familia diferente les lleve almuerzo.
- Donaciones de ropa.

1.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población que atiende Senilia son personas de la tercera edad, comprendidos entre los 50 y 95 años. Los motivos por los que están internos es porque la mayoría son abandonados por su familia, en hospitales, no tienen familia o son de escasos recursos. Los pacientes vienen de diferentes departamentos de Guatemala, por lo cual los que tienen familia no los pueden visitar seguido, debido a la ubicación de Senilia.

El Centro cuenta con personas que cuidan, administran y se encargan del bienestar de los pacientes, brindándoles la mayoría de lo que ellos puedan necesitar como alimentos, vestuario, utensilios de cuidado personal, y eliminando las barreras arquitectónicas que puedan existir en el lugar.

En Senilia hay un doctor residente que llega todos los días por la tarde, dos enfermeras que tienen turnos rotativos, una persona que se encarga de supervisar que todo esté bien, y se cuenta con la presencia de otras personas que tienen diferentes funciones en el centro como supervisar, dirigir, encargarse de promover el Centro para recibir ayudas.

También se cuenta con la presencia de voluntarios que ayudan en el centro de diferentes maneras (donando dinero, alimentos, ropa; arreglando las instalaciones; entreteniéndolos a los pacientes, etc.).

La mayoría de habitantes de Senilia tiene discapacidades como ceguera, hemiplejías, dificultad para hablar, problemas de audición, problemas de motricidad, artritis, Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson, Traumas Craneoencefálicos. Entre las ayudas técnicas que utilizan para poder moverse están: silla de ruedas, andadores y bastones. Ellos la mayoría del tiempo se mantienen en la sala o en el patio, sentados por la dificultad que tienen para moverse y el reducido espacio.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Senilia se observó que los problemas que presentan los pacientes se derivan de la inactividad física, ya que ellos pasan la mayor parte del tiempo sentados y sin realizar mayor movimiento, esto deteriora su salud física, porque disminuyen sus habilidades de motricidad, también afecta su autoestima pues al sentirse inactivos ellos sienten que son personas que ya no tienen una vida productiva. Al realizar diferentes actividades ellos desarrollan de nuevo la confianza en sí mismos, ya que esta la han perdido por lo que han vivido.

La inactividad los limita porque disminuye su coordinación, fuerza y amplitud articular, deteriorándolos de forma progresiva; también al estar sentados ellos se provocan daño, debido a que la postura no es la más adecuada y apta para ellos, pues se inducen daños en la columna vertebral.

Ellos necesitan mejorar movimientos de motricidad fina como la pinza en los dedos, porque no realizan actividades manuales donde estimulen estos movimientos.

Cuando los pacientes ya no realizan labores, pierden la energía y el interés para realizar nuevos proyectos y actividades sencillas, en ellos ya no existe ningún tipo de motivación o alguien que los influya, dirija y anime de forma adecuada a que vuelvan a empezar sus actividades.

La mayoría de los pacientes manifiestan depresión, por el motivo de que ya no tienen independencia en sus Actividades de la Vida Diaria -AVD-, o por factores como: el abandono familiar, perder la libertad de no poder salir, no poder platicar con alguien que los pueda escuchar y comprender, así como los recuerdos de su vida personal. Lo que tiene como consecuencia que ellos descuiden su arreglo, higiene personal y principalmente sus ganas de vivir. Algunos tienen un estado de mal humor, provocado por el estrés diario de estar separados de su familia, amigos y principalmente de su hogar. Pues ellos al estar internos pierden su libertad de ir hacia donde ellos quieren.

En las AVD son pocos los pacientes independientes, aunque la mayoría es independiente para la alimentación. En el vestido y arreglo personal son semidependientes, esto es causado por diferentes secuelas que son provocadas por lesiones y enfermedades, por su edad son más difíciles de recuperar en su totalidad, ya que siempre quedan limitaciones físicas. Para moverse de un lugar a otro, entre los pacientes que tienen más dificultad son los discapacitados visuales, ellos se desorientan con facilidad y no saben hacia donde dirigirse.

En Senilia, carecen de programas de recreación, por no contar con los recursos económicos necesarios para contratar a personal calificado, por este motivo los pacientes tienen mucho tiempo de ociosidad, en el cual la mayor parte del día, lo utilizan para recordar el abandono familiar en el que se encuentran, sus dolencias físicas, y el estrés que tienen a diario. Por la misma situación, la convivencia grupal es reducida, debido a que hay poca comunicación entre ellos.

CAPITULO II

ABORDAMIENTO TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 ABORDAMIENTO TEÓRICO

Según el Diccionario de Medicina Mosby (2003:603), la Geriátrica “Es la especialidad médica que estudia la fisiología del envejecimiento, así como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a los ancianos.” Y define la Edad Senil como “Pertenece o característico de la edad adulta en el proceso del envejecimiento; el término hace referencia especialmente al deterioro físico o mental que se produce con el paso de los años”.

Según Macdonald (1979: 445) “el equipo geriátrico cuyo trabajo se lleva a cabo bajo la dirección del médico, incluye al psicólogo clínico, enfermera, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, quiropodista, logopeda, nutricionista, asistente social y especialista en medios quirúrgicos de ayuda y audición, así como colaboradores voluntarios o de otro tipo que puedan ser llamados en caso necesario”.

Para el Dr. Luis Carlos Arranz Santamaría la práctica geriátrica moderna, nace en los años 40 en el Reino Unido gracias a la intuición de Marjorie Warren, enfermera supervisora y posteriormente graduada en Medicina. Warren observó en las salas de pacientes crónicos de los hospitales donde trabajó, que había muchos ancianos con enfermedades no diagnosticadas ni tratadas. Demostró cómo muchos de estos ancianos crónicos e inválidos, tras una correcta valoración y unos cuidados clínicos y de rehabilitación adecuados, obtenían grandes recuperaciones que les permitían integrarse de nuevo con su familia o en la comunidad.

Los pacientes geriátricos tienen diferentes discapacidades, para Gómez (1997:25) “la incapacidad entendida en el contexto de salud, se refiere a toda reducción (resultado de una deficiencia) parcial o total de la capacidad para realizar una actividad de un modo, o en unos límites, considerados como normales para el ser humano”.

Según Confort (1991:61) “los tropiezos suelen ser la causa más frecuente de las caídas, por lo que caer y quedar mal herido es un miedo común en las personas mayores que viven solas”.

Los objetivos de la geriatría según el Dr. Luis Carlos Arranz Santamaría son los siguientes:

- Prevenir la enfermedad vigilando la salud del anciano.
- Evitar la dependencia. Cuando aparece la enfermedad hay que evitar que evolucione a la cronicidad y en muchos casos a la invalidez.
- Dar una asistencia integral. Debe ocuparse de toda la problemática médica, funcional, mental, y social del anciano mediante una valoración geriátrica global, programada y exhaustiva, con la colaboración multidisciplinar de otros profesionales integrados en un equipo con el médico geriatra.
- Rehabilitar. Debe intentar recuperar a los pacientes que han perdido su independencia física o social, tratando de mantener al anciano en la comunidad.
- Proporcionar un cuidado progresivo del anciano. Desde el inicio de su enfermedad hasta completar la rehabilitación de este proceso y volver a su situación basal previa, el anciano puede tener diferentes necesidades de asistencia según el momento. Se debe responder a estas necesidades contando con diferentes niveles asistenciales: el hospital, asistencia en el domicilio, unidades de rehabilitación o convalecencia, unidades de larga estancia o centros residenciales.

Para Rocío Fernández-Ballesteros (2002:25) “La vejez es una etapa de la vida que termina, indudablemente, con la muerte, pero cuyo comienzo, características y condiciones no están, ni mucho menos claras.

Es cierto que la vejez está asociada a la edad, pero no es igual a ésta y, además, no existe una edad concreta en la que se comience a ser viejo”.

Ya que la edad no es un criterio adecuado para imputar la condición de viejo a una persona, los científicos han tratado de encontrar medidas de lo que se ha llamado edad funcional. Este concepto implica el funcionamiento del organismo desde una perspectiva biológica, psicológica y social.

Sin embargo, a pesar de que los científicos no se han puesto de acuerdo en cuáles son los parámetros definitorios de lo que podría considerarse un viejo. Lo que sí está claro es que las personas envejecen de distintas maneras. (Fernández-Ballesteros, 2002:26).

Según Fernández-Ballesteros (2002:27) existen tres tipos de vejez:

- Vejez normal: Cursa con los estándares correspondientes a un determinado contexto.
- Vejez patológica: Cursa con enfermedad, pero vejez no es igual a enfermedad, aunque sí es cierto que a mayor edad existe mayor probabilidad de enfermar.
- Vejez con éxito también llamada competente, satisfactoria o activa: Cursa con una baja probabilidad de enfermar y de discapacidad asociada, un alto funcionamiento cognitivo, un alto funcionamiento físico - funcional, un alto compromiso con la vida y con la sociedad.

ABANDONO Y ABUSO DE LA PERSONA DE LA TERCERA EDAD

Mientras que en el Continente Oriental a las personas de la Tercera Edad se les respeta y quiere por su sabiduría, en los países de Latinoamérica no ocurre esto. En Guatemala no es la excepción, debido a que a la persona de la Tercera Edad no se le valora, ya que llegan a ser cargas en los hogares.

Los conflictos inherentes a la vida familiar tienden a agravarse en el proceso de cuidados a los ancianos, haciendo más intensa y difícil la tarea para el cuidador familiar principal.

Los problemas de salud del cuidador familiar (situaciones de agotamiento, estrés, problemas de salud psicofísica) constituyen una consecuencia de la tarea desempeñada al mismo tiempo que un factor de riesgos de maltrato a la persona de la tercera edad.

Para Reyes (2007:72) “la sobrecarga de los cuidadores más que el deterioro en la salud del anciano, es la causa principal de la institucionalización”.

El cuidado de la persona de la tercera edad origina en el cuidador, que la mayor parte del tiempo es mujer, preocupación constante y tensión, por la cantidad de tiempo invertido y el esfuerzo físico, esto implica consecuencias en el desarrollo normal de las actividades diarias del cuidador.

Según Reyes (2007:89) “los diversos problemas que sufren los cuidadores familiares en un contexto de insuficiente apoyo o ausencia del mismo origina el sentimiento de incompetencia, esto agrava el proceso de cuidados a los ancianos haciendo más intensa y difícil la tarea para el cuidador”.

El maltrato a las personas de la Tercera Edad puede dividirse en cinco tipos diferentes, según Helen Hopkins:

- **Abuso Físico:** Se define como dolor físico o lesión.
- **Abuso Psicológico:** Se define como la angustia mental.
- **Abuso Material:** Es la explotación y/o el uso ilegal o incorrecto de fondos u otros recursos.
- **Abandono Activo:** Rehusar o no cumplir con la obligación de proporcionar cuidados que incluye un intento consciente o intencional por infligir malestar físico o emocional.
- **Abandono Pasivo:** Es rehusar o no cumplir con la obligación de proporcionar cuidados que excluye un intento consistente o intencional por infligir malestar físico o emocional.

ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN GERIATRÍA

Macdonald (1974) clasificó las enfermedades más frecuentes que afectan a las personas de la tercera edad en ocho grupos:

- **Trastornos Psiquiátricos:** Depresión, estados de ansiedad, estados obsesivos e histéricos, trastornos de la personalidad, psicosis esquizoides y maniacodepresivas, estados confusionales seniles: son de grado variable, desde un despiste moderado hasta la demencia considerable. A menudo se encuentran en combinación con estados de ansiedad, al igual que la mayoría de las incapacidades físicas.

- **Defectos Sensoriales Específicos:** Defectos auditivos, visuales y del lenguaje, aislados o que acompañan otros procesos. Hay que tener cuidado en evitar el aislamiento, comprobando que las indicaciones respecto a gafas, audífonos y dentaduras han sido atendidas. El Terapeuta Ocupacional es el primero del equipo hospitalario en darse cuenta de un obstáculo real para el tratamiento, a causa de dificultades de carácter sensorial.
- **Enfermedades Cardiovasculares:** Parkinson, miopatías, esclerosis en placas, etc. También la insuficiencia cardíaca congestiva y las conducentes a hemiparesias, etc., aterosclerosis y síntomas acompañantes.
- **Enfermedades Respiratorias:** Del tipo de la bronquitis crónica y enfisema.
- **Problemas Ortopédicos:** Artritis reumatoide, osteoartritis, osteoporosis, fracturas.
- **Enfermedades por déficit:** Malformación, diabetes mellitus, anemias, etc.
- **Neoformaciones:** Localizadas en diversos lugares; benignas o malignas.
- **Enfermedades Endocrinas:** Mixedema, tirotoxicosis.

TIEMPO DE OCIO Y LIBRE EN LA TERCERA EDAD

Según la psicóloga clínica Trinidad Aparicio Pérez (Consulta en la Web) cuando llegan a la vejez, muchas personas de la tercera edad no saben cómo ocupar el tiempo libre que antes ocupaban con el trabajo. Algunos están desmotivados hacia el ocio, otros tienen gran desconocimiento sobre lo que es el ocio y las innumerables actividades que pueden llevar a cabo. El ocio puede ser entendido como un tiempo libre fuera de las obligaciones habituales, como una actividad libremente elegida que produce diversión, bienestar, relajación o descanso.

La motivación al ocio y realizar actividades de tiempo libre depende de múltiples factores:

- Tener buena salud y posibilidades de movilidad: Algunos ancianos no tienen buena salud o tienen dificultades para sus cuidados personales, otros sin embargo, aunque tengan buena salud, tienen problemas para andar o moverse de forma autónoma.

- Factores medioambientales: La forma en que se vive la vejez, es muy diferente según se viva en un ambiente rural o urbano, en un ambiente donde haga frío o calor, donde las posibilidades para desplazarse de un lugar a otro sean mejores o peores, etc.
- La percepción que cada uno tenga de sus capacidades y limitaciones: Si uno se percibe a sí mismo incapaz de cualquier actividad, difícilmente se va a implicar en ella. Por el contrario, cuando uno percibe que una determinada actividad le ofrece oportunidades y es capaz de llevarla a cabo, su motivación será mayor.
- La satisfacción personal que se obtiene al realizar actividades de tiempo libre, va a determinar la participación posterior en dicha actividad. Si al realizar actividades de ocio, el sujeto obtiene gran satisfacción, es muy probable que se implique cada vez más en dicha actividad.

Es muy importante que la planificación de las actividades para el tiempo libre esté estudiada y programada, teniendo en cuenta las características de las personas a quienes van dirigidas: entorno social, cultural, exigencias personales, exigencias de la comunidad, intereses individuales, aspiraciones, etc. Los beneficios del ocio son los siguientes:

- Favorece la interacción y las relaciones sociales: La implicación en estas actividades hace que la persona mantenga redes de relación con diferentes grupos y conozca gente nueva. Se produce también una mejora en la capacidad para comunicarse e integrarse con los demás.
- Mejora la autoestima: contribuyen a potenciar la propia imagen y la seguridad en uno mismo.
- Estas actividades favorecen la autonomía y por lo tanto se produce una mejora tanto de la salud mental como física.
- Mayor satisfacción hacia la actividad y la vida en general. La calidad de vida es mayor y se recupera el equilibrio psicoafectivo. Mejora el estado de ánimo y la ilusión por todo lo que les rodea.

TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA

Para Hopkins (1998: 742) “el objetivo de la a Terapia Ocupacional en geriatría es aumentar la función independiente y prevenir la discapacidad”. Pero Macdonald (1979: 450) describe que “una de las mayores necesidades del anciano es tener la oportunidad de charlar con un oyente amistoso”. Gómez (1997:13) ve en la Terapia Ocupacional la “necesidad de utilizarla como procedimiento terapéutico”. La Terapia Ocupacional utiliza la actividad intencionada hacia objetivos en el sentido de actividad que se dirige con un propósito definido hacia una meta específica. (Gómez, 1997:16)

El adiestramiento, como método de perfección de habilidades y destrezas, y la reeducación, como procedimiento de modificación, modelado o moldeado de conductas constituyen la expresión de la utilización práctica de la actividad ocupacional como medio terapéutico. Gómez (1997:140).

Según Gómez (1997:57) “el fundamento de la ocupación como terapia radica en la posición esencial que tiene la ocupación en la vida del hombre en sociedad”.

Una relación terapéutica es la que promueve la curación o el manejo de la enfermedad. Dar y recibir ayuda constituyen el centro de esta relación (Hopkins, 1998:743). Pero no solo ayuda, sino que también dar y recibir afecto.

El aura de fragilidad y debilidad que acompaña a las personas ancianas, especialmente las que están institucionalizadas, los vuelve particularmente vulnerables a los conceptos de incompetencia y de necesidad de ayuda (Hopkins, 1998: 743). Hopkins describe tres tipos de dependencia:

- Dependencia por verdadera incompetencia física y mental.
- Dependencia por una optimización selectiva.
- Dependencia por estereotipificación social y subestimación, a esta también se le llama ayuda exagerada.

Según Hopkins (1998:744) “las metas para la asistencia de la salud no son curar sino ayudar al cliente a lograr independencia en el manejo cotidiano de los problemas crónicos”. Para Helen Hopkins el tratamiento de Terapia Ocupacional tiene tres enfoques:

- **Enfoque de Prevención:** Es el mantenimiento del estado actual de salud y la prevención de la declinación o el traumatismo.
- **Enfoque de Adaptación:** Es el uso de estrategias compensadoras para ayudar a los ancianos a vivir con una discapacidad.
- **Enfoque de Recuperación:** Es el uso de técnicas de rehabilitación para ayudar a los ancianos a recuperar la función máxima.

La ejecución de las actividades ocupacionales y el éxito o el fracaso en la misma determinarán modificaciones en la autoestima de la persona de la tercera edad, con repercusión en la imagen de sí mismo, por lo que en cada actividad debe haber motivación de parte del terapeuta ocupacional.

Para Jesús Gómez Tolón (1997) la organización y dirección de las actividades a realizar y del empleo del tiempo van a ser piezas fundamentales de la normalización de las condiciones de existencia tendentes a propiciar un desarrollo adecuado de la persona y a evitar la marginación. Por lo tanto la Terapia Ocupacional será un arma fundamental en el proceso de prevención de la incapacidad, por lo que su actuación deberá encuadrarse dentro de una tarea en equipo, en sus distintos niveles que incluyen:

- Intervenciones que actúan directamente sobre el individuo.
- Intervenciones que actúan sobre el entorno inmediato del individuo.

Al realizar cualquier actividad con los pacientes de la Tercera Edad, el principio fundamental que debe guiar todo tratamiento ocupacional es la necesidad de concordancia entre las necesidades del paciente y la actividad seleccionada (Gómez, 1997:140). Cualquier plan terapéutico ocupacional debe tener en cuenta el estado físico y psicológico del paciente, la rutina hospitalaria y los demás tratamientos a los que pueda estar sometido, considerando asimismo la experiencia pasada por el paciente, su estado, conducta y las posibilidades de su futuro.

El plan elaborado para cada uno de los pacientes debe realizarse de tal forma que se obtenga de él el máximo beneficio. El tratamiento encaminado a mejorar los trastornos psicológicos debe estar asimismo en relación con el estado físico del paciente y con otros posibles tratamientos que se administren simultáneamente. El plan terapéutico ocupacional debe tener en cuenta la totalidad de la jornada del paciente, sus horas de comidas y de ejercicio, trabajo, relajación y reposos, todo lo cual exige una cooperación entre el equipo médico, enfermeras, terapeuta ocupacional, técnico, administrativo, y de otros tipos, porque sin esta colaboración, pueden desperdiciarse períodos de tiempo que hubieran podido aprovecharse en beneficio del propio enfermo. (Macdonald, 1979:41).

Según Aranda Moreno González (consulta en la Web), terapeuta ocupacional, en su artículo Terapia Ocupacional en Personas Mayores, los objetivos principales de Terapia Ocupacional en geriatría son:

1. Promover la salud y el bienestar.
2. Minimizar o prevenir el deterioro físico, psíquico, sensorial o social.
3. Mantener y maximizar el desempeño de las funciones necesarias para la vida diaria.
4. Compensar las disfunciones instauradas, para mejorar la calidad de vida.

Al trabajar con paciente geriátrico debe ser de vital importancia que en cualquier actividad la postura al sentarse y estar de pie sea la adecuada. Según Macdonald (1979:105) “los factores de una mala postura son el cansancio, dolor y defectos visuales”. También se debe tomar en cuenta la altura de mesas y sillas donde van a realizar actividades para no dañar su postura.

Las actividades ocupacionales que son empleadas en una unidad geriátrica se dividen en:

Actividades de la vida diaria: Son las actividades que se realizan a diario como: vestirse, lavarse, peinarse, afeitarse, comer, beber y desenvolverse en el cuarto de baño y atenciones generales sobre la apariencia personal.

La primera necesidad personal y urgente del paciente consiste en vestirse y desvestirse; atender a sus exigencias fisiológicas de manera independiente, después alimentarse por sí mismo y ser capaz de moverse por su casa, si ello es posible. La primera misión de la Terapia Ocupacional debe ir encaminada a mantener o establecer esta independencia. Para poder efectuar con éxito estas actividades, se han ideado diversos medios de ayuda, pero, hay que tener en cuenta una norma muy importante y es que, si una persona puede realizar un determinado movimiento con una facilidad razonable o aprendiendo un nuevo método, no hay que recurrir a ningún aparato. (Macdonald, 1979: 29).

A los pacientes se les hace más fácil desvestirse ya que constituye una operación más sencilla que la de vestirse y, en consecuencia, menos fatigosa, por esta razón se debe abordar en primer lugar en los pacientes gravemente incapacitados. Para facilitarle al paciente esta tarea se debe encontrar su mejor postura para cada una de las fases que supone vestirse. Si el equilibrio es pobre, muchas veces resulta más cómodo colocarse los pantalones en la cama, girando hacia uno y otro lado, o elevando las caderas. Una vez encontrada la mejor posición, se puede adoptar siempre la misma posición para adquirir práctica con ella. (Macdonald, 1979:137).

En la alimentación se espera que el paciente lo haga por sí mismo, pero si no es posible es necesario hacer adaptaciones para facilitarle este proceso.

En el cuarto de baño es el lugar en el que un paciente siente más el tener que depender de otra persona. Además, se siente en peligro por las superficies ya que son lisas y pueden estar húmedas y resbaladizas, por lo que debe haber siempre algún asidero a mano. Es aconsejable instalar pasamanos, para proporcionar un punto de apoyo desde la puerta al inodoro, baño y bidé. (Macdonald, 1979:139).

Para alimentarse Macdonald (1979:141) dice que “los únicos problemas con los que probablemente deberá enfrentarse el terapeuta en su unidad son los referentes a los enfermos con una sola mano útil”.

La preparación de los alimentos forma parte de la valoración de las tareas cotidianas y todo debe estar accesible.

Para realizar las actividades diarias es necesario colocar adaptaciones que faciliten la realización de las actividades que se le dificultan a las personas de la tercera edad y también que no pongan en peligro su vida.

Actividades terapéuticas manuales: Según el Lic. Jiménez (1999:114) “las actividades manuales son una herramienta eficaz para la expresión y la creatividad del paciente, y se convierten en terapéuticas cuando se usan con el conocimiento correcto de las entidades anatómicas que van a entrar en juego en la elaboración del trabajo manual y que éste va a curar”.

Al realizar ATM el paciente tiene las siguientes ventajas (Jiménez, 1999:114):

- Ejercita y desarrolla el sentido muscular.
- Adquiere y perfecciona la habilidad manual, movimientos finos de adaptación y prehensión, facilitando movimientos profesionales.
- Contribuye por la necesidad de la coordinación óculo-manual, a adquirir hábitos de observación, porque proporciona desde otro aspecto, un conocimiento de los objetos que completa lo visual.
- Engendra sentimientos de liberación, que relajan tensiones de angustia, ansiedad y agresividad, produciendo sensación de equilibrio y sosiego.
- Para que los artículos realizados sean satisfactorios y vendibles, es importante que el diseño sea adecuado y los materiales seleccionados, fáciles de manejar.

Actividades de gimnasia: Al realizar ejercicios, los pacientes mejoran el estado de ánimo, postura, flexibilidad articular, resistencia, estado físico, coordinación, fuerza, en general mejora su estado físico y mantiene una actitud positiva. Se debe iniciar con calentamiento, después los ejercicios y para terminar un enfriamiento, para no causar lesiones.

La promoción de actividad física en los adultos mayores es indispensable para disminuir los efectos del envejecimiento y preservar la capacidad funcional del anciano, por lo que es necesario volver un hábito la rutina de ejercicios, también se deben adecuar los ejercicios para que las personas con diferentes discapacidades puedan realizarlos.

Para Macdonald (1979:452) “el tratamiento irá dirigido al mantenimiento del funcionalismo corporal, a la mejoría de los síntomas producidos por lo avanzado de la edad, como la artritis reumatoidea, hemiplejía y parkinsonismo, o por otros trastornos evolutivos o prolongados, como los cardiacos, pulmonares, neurológicos o visuales. De un modo específico, los objetivos que se han de conseguir son la mejoría del funcionalismo de músculos, articulaciones y la circulación en las zonas afectas; el desarrollo o conservación de la coordinación, habilidad y destreza; sostener o incrementar la resistencia al trabajo, y aliviar cualquier trastorno psicológico asociado a la incapacidad existente”.

Actividades Recreativas: Las Actividades de la Vida Diaria son muy importantes para el paciente geriátrico pero no se deben dejar por un lado las actividades recreativas donde el paciente pueda expresarse y entretenerse. Al realizar actividades recreativas se debe tener en cuenta las necesidades, intereses y dificultades de los pacientes. Para Macdonald (1979:34) “los terapeutas ocupacionales están entrenados para ayudar a sus pacientes a organizar diversiones de carácter físico y general de todo tipo e instruirles acerca de un buen número de actividades que pueden practicarse”. En una planificación de recreación no debe faltar entre las actividades leer, escribir, salir a divertirse, reuniones, juegos competitivos como el dominó, dardos y juegos de pelota adaptados, realizar un diario de sala o mural, salidas al cine, paseos, expediciones para ir de compras y viajes en autobús (a menudo con la ayuda de colaboradores voluntarios). Diversiones que deberán ser más bien sencillas y visuales que auditivas para algunos. Charlas, audiciones y crítica musicales para las personas más intelectuales. Asistencia a los servicios religiosos, especialmente los días de Pascua, Semana Santa y Navidad.

Los acontecimientos actuales, locales o mundiales favorecen las ideas relativas al presente en lugar del pasado. La música también es una forma de recreación, la jardinería ligera: cavar, deshierbar, regar y plantar, tanto en el interior como en el exterior.

2.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes de Senilia, disminuyendo la inactividad por medio de actividades ocupacionales y recreativas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- SUBPROGRAMA DE SERVICIO

- Mejorar y mantener la amplitud articular y fuerza muscular de los pacientes a través de la realización diaria de ejercicios.
- Aumentar la autoestima de los pacientes por medio de actividades de higiene personal y arreglo diario.
- Mejorar la coordinación y la motricidad fina de los pacientes a través de diferentes actividades terapéuticas manuales.
- Reducir el estrés y la depresión que los pacientes presentan como consecuencia de su situación a través de actividades de recreación.

- SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

- Aumentar el conocimiento sobre temas de interés, para los pacientes, a través de lecturas.
- Explicar el cuidado y las enfermedades del adulto mayor, a los visitantes y personal de Senilia, por medio de pláticas.

- **SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

- Determinar cómo afecta la falta de apoyo familiar en los pacientes de Senilia.

2.3 METODOLOGIA DE ABORDAMIENTO

- **SUBPROGRAMA DE SERVICIO**

- **GIMNASIA DIARIA:**

El propósito de la actividad era que los pacientes realizaran diariamente ejercicios, para mejorar fuerza muscular y amplitud articular, esta fue una actividad físico-funcional, se realizaron ejercicios de bajo impacto por la edad de los pacientes y también por las secuelas físicas de enfermedades. Los ejercicios se realizaban de forma sistemática, el número de repeticiones fue aumentando según la resistencia de los pacientes.

- **HIGIENE Y ARREGLO PERSONAL DIARIO:**

La intención de realizar esta actividad fue la independencia en la higiene y en el arreglo diario de los pacientes, para aumentar su autoestima, facilitándoles los implementos de limpieza que iban a utilizar y enseñándoles formas más fáciles para el vestuario y limpieza.

- **ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS MANUALES**

Para las Actividades Terapéuticas Manuales -ATM- se utilizaron materiales de desecho e instrumentos que eran adecuados para el uso de los pacientes. Las ATM se utilizaron con el fin de mejorar la coordinación y la motricidad fina de los pacientes, eran planificadas según sus discapacidades y habilidades que poseían.

- **ACTIVIDADES DE RECREACIÓN**

- DIBUJO**

- Los pacientes utilizaron diferentes materiales para dibujar y para pintar, también realizaron distintas técnicas de dibujo, para desarrollar su creatividad a la vez que reducían su estrés.

- LECTURA**

- El propósito de esta actividad era reducir el nivel de estrés y depresión de los pacientes, por medio de lecturas de motivación e Historias de Guatemala.

- LUDOTERAPIA**

- Esta actividad se planificó según la movilidad de los pacientes, se dividió en dos pasiva y activa. Para la ludoterapia pasiva, se realizaron juegos de mesa, en la ludoterapia activa se realizaron juegos donde habían movimientos físicos.

- COCINA**

- Para la actividad se planificaron actividades de cocina que no tuvieran dificultad para realizarla y se buscaron utensilios que no representaran algún peligro para los pacientes

- **SUBPROGRAMA DE DOCENCIA**

- **LECTURA**

- Esta actividad se realizó con los pacientes y con el personal que laboraba en Senilia, fue una actividad pasiva donde se leían artículos de libros y revistas para los pacientes y se realizaban pláticas al personal para mejorar y conocer más sobre la tercera edad.

- **SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

- **INVESTIGACIÓN**

Para comenzar la actividad se eligió la problemática que se iba a investigar, seguido de esto se revisaron diferentes textos bibliográficos con temas relevantes en la investigación; al terminar la consulta, se elaboró el instrumento que se iba a utilizar al llevar a cabo la investigación, para después poder aplicarlo a los pacientes; al obtener los resultados, la información se tabuló, se interpretó y se analizó, para que al finalizar se presentaran las conclusiones y recomendaciones correspondientes a la investigación.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

3.1.1 GIMNASIA

Para mejorar y mantener la amplitud articular, así como la fuerza muscular de los pacientes, se realizaban ejercicios diariamente, la primera semana se realizaban 5 repeticiones de diferentes movimientos para cuello y hombros. La segunda semana ya se iba incorporando a la gimnasia movimientos para miembro superior, también aumentó el número de repeticiones a 12; para la tercera semana se hacían movimientos articulares que comenzaban en cuello y terminaban en miembro inferior; aumentó el número de repeticiones en cada movimiento hasta llegar a veinte, cada semana se realizaban diferentes ejercicios para que a los pacientes no les pareciera una actividad repetitiva, los que incluían movimientos de flexión, extensión, abducción, aducción, rotación, pronación, supinación y circunducción. Se terminaba la actividad con una serie de estiramientos musculares y respiraciones.

La gimnasia era la primera actividad que se realizaba por la mañana, era de bajo impacto porque los pacientes no estaban acostumbrados a hacer ejercicios y también por sus limitaciones físicas causadas por sus discapacidades. La actividad comenzaba en la sala o en el patio, con los pacientes sentados. Al principio los pacientes no colaboraban como se esperaba, pero al motivarlos y ver que también otros hacían ejercicios, la mayoría empezó a realizarlos. La primera semana se comenzó con 5 pacientes, las siguientes semanas se fueron incorporando la mayoría, hasta llegar a un promedio de 15 pacientes, había días que no hacían algunos, debido a que se enfermaban.

Al comienzo se observaba que los pacientes tenían dificultad para realizar los movimientos, no llevaban secuencia y se les olvidaba lo que tenían que hacer, pero con el paso del tiempo empezaron a mejorar sus movimientos, su amplitud muscular mejoró notablemente, también empezaron a llevar la secuencia y su resistencia aumentó.

3.1.2 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Para aumentar la autoestima de los pacientes, se realizaron actividades de higiene personal y arreglo diario todos los días; se hacían después de los ejercicios, al principio hubo dificultad porque para el cepillado de dientes se tardaban mucho, por lo retirado que quedaba la sala de la pila, para acelerar la actividad se cambió la modalidad y se llevaban a los pacientes en parejas o en grupos de tres.

Los pacientes se bañaban lunes, miércoles y viernes había que movilizarlos al cuarto de baño, a los que eran independientes se les facilitaba colocándoles el shampoo y jabón a su alcance para que no se les dificultara esta actividad, así como también la ropa. Después se seguía su actividad de limpieza

Los días que no había baño, se trasladaba a los pacientes a la pila, se les proporcionaba jabón para que se lavaran las manos y cara, luego se les daba cepillo de dientes, pasta y enjuague bucal, para esta actividad, al principio habían unos que no podían por sus limitaciones físicas, pero al pasar el tiempo todos los pacientes empezaron a ser independientes. Al finalizar la limpieza se trasladaban a la sala y se les acomodaba en su lugar. Algunos pacientes repetían esta rutina después de almuerzo.

Al estar instalados en la sala se les proporcionaba peine y crema para peinar, luego se les daba crema para cara, cuerpo y manos, así como loción, las mujeres se pintaban las uñas y se aplicaban brillo labial. Los días martes y jueves que eran los días de visita, los pacientes volvían a repetir esta actividad después de almuerzo. Esta actividad era una rutina de todos los días, por lo que los pacientes ya habían memorizado todo lo que tenían que utilizar y si faltaba algo ellos lo decían. En esta actividad solo una paciente no participaba.

3.1.3 ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS MANUALES -ATM-

Para mejorar la coordinación y la motricidad fina de los pacientes se realizaban actividades terapéuticas manuales. Al principio se dificultó porque no habían mesas, los pacientes tenían que trabajar en la sala, para improvisar mesas se utilizaban cojines, azafates, etc. En el mes de abril ya habían mesas, se acomodaba a los pacientes en ellas para que trabajaran, se les llevaba muestra de la ATM que iban a realizar, se les repartía el material, y se les explicaba por pasos la ATM. Se realizaron identificadores con sus nombres para que los pusieran cerca de sus camas, una abejita para decoración, un florero, diferentes flores que se realizaban con varias técnicas y materiales, ganchos para pelo, conejo de cartón de huevo, pollo de duroport, figuras de arcilla, individual, tortugas de cartón de huevo, tortolita de cartón de huevo, pulseras, portalapiceros de conejo, marco para fotos, joyeros. Los materiales que se utilizaban eran: fomy, diferentes tipos de papel, marcadores, crayones, tijeras sin punta, rollos de papel, silicón frío, cartón de huevo, tempera, goma, duroport, arcilla, papel periódico, papel mayordomo, botellas, listón, brillantina y diferentes materiales para decorar. Con las mujeres se realizó una actividad de costura. Los pacientes se tardaban aproximadamente una semana por actividad, aunque habían algunas que llevaban más tiempo. Las ATM se realizaban de dos a tres veces por semana, participaban aproximadamente de 10 a 12 pacientes. Había veces que unos pacientes no podían realizar algunas cosas por sí mismos, entonces los pacientes se ayudaban entre ellos, lo que hacía que mejoraran sus relaciones personales y platicaran entre ellos. Los pacientes mejoraron coordinación-motricidad de las manos y dedos, principalmente por los movimientos que se realizaban con las ATM, entre ellos: extensión, flexión de la muñeca y de los dedos; abducción, aducción y oposición de los dedos de la mano; así como también las pinzas y garras. La dificultad que se tenía al principio era que los pacientes no tenían donde guardar sus ATM y se tenía que tener cuidado con los materiales que se elegían por los insectos que habían en el lugar, pero al cambiar de casa ya no hubo esta dificultad, porque había un lugar para exposición de las ATM. Al cambiar de casa los pacientes estaban todos juntos, por lo que se integraron más en las actividades.

3.1.4 ACTIVIDADES LÚDICAS, COCINA, DIBUJO Y LECTURA

Las actividades de recreación fueron útiles para reducir el estrés y la depresión de los pacientes, entre ellas estaban: dibujo, lectura, ludoterapia y cocina, cada actividad se realizaba dos o tres veces por semana, y se llevaba a cabo todos los días de la semana. Solo dos pacientes no participaban en las actividades. Para comenzar las actividades se acomodaba a los pacientes en las mesas (cuando no había mesas, se colocaba objetos planos para utilizarlos como mesas) y se observaba que estuvieran con posturas correctas. Escuchaban música mientras trabajaban.

En la actividad de Dibujo después de acomodarlos, se les explicaba en que consistía la actividad, se les repartía los materiales que se iban a utilizar; se trabajaba dibujo libre, en la cual, los pacientes podían dibujar lo que ellos quisieran y pintar con lo que ellos escogieran (crayones de madera y de cera, témperas, acuarelas); se trabajaba de forma dirigida, se les explicaba diferentes técnicas de pintado a los pacientes. Al finalizar se colocaba en exposición los dibujos. Se realizaron algunos periódicos murales por diferentes fechas. Los materiales que se utilizaron para el periódico mural y dibujo eran hojas, libros para pintar, crayones cera (diferentes tamaños) y madera, temperas, acuarelas, pinceles, tinta para zapato, diferentes tipos de papel, hojas de árboles. Al inicio los pacientes utilizaban colores oscuros (negro y café) para pintar, al seguir con la actividad ellos ya utilizaban todos los colores. Aproximadamente trabajaban de 12 a 14 pacientes.

La actividad de lectura se hacía en la sala o en el patio, solo una paciente no participaba, se les proporcionaba revistas y libros para que ellos leyeran, así como también se les leía en voz alta. Al terminar la lectura se les hacían preguntas para ver si habían puesto atención, también comentaban lo que leían. Lo que más les gustaba escuchar eran Historias del Libro de la Calle Donde Tu Vives.

Para las actividades de Ludoterapia, se les explicaban los juegos que se iban a realizar, dependiendo las actividades se comenzaba con calentamiento muscular, solo una paciente no participaba.

Se utilizaron diferentes juguetes, entre ellos juegos de mesa (lotería, rompecabezas, dominó, memoria), juguetes para ensamblar, muñecas, ropa para muñecas, tiro al blanco.

También bailaban. Se jugaba lotería todos los días, esta era la actividad que más les gustaba, al principio se les dificultaba, pero después empezaron a coordinar mejor y a memorizar. Al jugar pelota, primero se les lanzaba para que ellos la recibieran y la regresaran, después la lanzaban entre ellos, también la encestaban, con el juego de pelota, ellos realizaban movimientos articulares, por lo cual mejoraron coordinación, fuerza muscular y amplitud articular.

En la actividad de cocina participaban todos los pacientes, antes de comenzar se les facilitaba para que ellos se lavaran las manos, luego se les daban los materiales y las instrucciones por pasos de la actividad. Cada semana se cocinaba algo diferente. Al principio hubo dificultad debido a que los pacientes se comían los ingredientes antes de empezar a cocinar, pero después de explicarles que iban a cocinar ya no hicieron eso. En esta actividad se realizaron bastantes movimientos de mano y dedos.

Con estas actividades, aparte de reducir el estrés, mejoraron ciertos movimientos articulares y su coordinación. También se descubrió las habilidades que tenían los pacientes. Al realizar estas actividades los pacientes mejoraban sus relaciones sociales, platicaban más y ya no peleaban entre ellos.

3.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

Se aumentaba el conocimiento de los pacientes por medio de lecturas sobre temas que a ellos le interesaban como: la osteoporosis, alimentación, ejercicio. Se acomodaba a los pacientes en la sala, se les leía o se les explicaba, al final se les hacía preguntas y comentaban sobre lo que se les había leído y explicado.

Los pacientes prestaban atención a los temas que se les leían. En la actividad participaban 10 pacientes, se hacía una vez al mes, los temas se les reforzaban diariamente para que no se les olvidara.

Para explicar el cuidado y las enfermedades del adulto mayor, se trabajó con las enfermeras, (por separado, por los turnos) porque eran dos enfermeras las que laboraban, y con la encargada una vez al mes. La actividad se empezaba haciendo rapport con ellas, después se les explicaba el tema (alimentación, traslados, enfermedades, cuidado del adulto mayor), luego ellas hacían preguntas y después comentaban el tema que se desarrollaba ese día. La dinámica para trabajar con las enfermeras consistía en hacer la plática después del almuerzo, la actividad aproximadamente duraba 20 minutos. A las enfermeras se les dificultaba porque no tenían el tiempo suficiente para esta actividad, tenían que atender y cuidar a los pacientes, realizaban la limpieza del hogar, cocinaban y realizaban otras actividades. Por lo que tomando en cuenta el tiempo de las enfermeras se hacía la planificación, aunque a veces no se hacía el día planificado por lo descrito anteriormente; las enfermeras para la actividad eran colaboradoras. Otra dificultad surgió al trabajar directamente con las enfermeras, debido a que el personal, la mayor parte del tiempo dejaba de laborar ahí por encontrar mejores oportunidades laborales, algunas enfermeras laboraban una semana y se iban, por lo que había que repetir las pláticas a las nuevas enfermeras y así sucesivamente.

3.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

Se eligió determinar cómo afectaba la falta de apoyo familiar en los pacientes de Senilia, para esto se revisaron algunos textos bibliográficos, relacionados con el tema, al terminar la consulta bibliográfica, se elaboró una lista de cotejo que consistía en 11 preguntas, las cuales se le aplicó a 10 pacientes que estaban conscientes en espacio- tiempo, con reducidas dificultades de memoria a largo y corto plazo, también se utilizó la observación de los pacientes como método para reunir información. Al pasarle a los pacientes la lista de cotejo, y preguntarle a los pacientes si tenían familia, el 20 por ciento dijo que no, de estos pacientes solo tres tenían visita; todos respondieron que extrañaban a su familia, y por esta razón les gustaría que los visitaran más seguido.

Al preguntarles si tenían lo que necesitaban todos respondieron que no, además al no llegar sus familiares a visitarlos, ellos no tenían con quien platicar , el 80 por ciento de los pacientes se siente solo por estas circunstancias, lo que les provoca tristeza; a todos les gustaría que sus familias estuvieran con ellos cuando se enferman, así como también quisieran que sus familias les lleven medicamentos y vitaminas para que ellos puedan estar con buena salud y que no se les compliquen sus enfermedades; también les hacen falta artículos que ellos necesitan para su higiene personal y que solo sus familiares se los pueden proveer.

A la mayoría le gustaría que su familia estuviera presente en las distintas celebraciones, entre ellas: cumpleaños, Día de la Madre, Día del Padre, Día del Cariño, etc.

La observación se realizó los días posteriores a las visitas, en ella se observaba que a algunos pacientes les afectaba que los llegaran a visitar, debido a que muchas veces sus familiares no les podían llevar nada por la situación económica en la que se encontraban, a los pacientes también les afectaba ver cómo sus familiares se iban al terminar la visita, porque ellos refieren, que deseaban que se los llevaran para poder estar con ellos en su casa, por eso, ellos se sienten solos y necesitan el afecto de su familia. Al terminar este proceso, se determinó que la falta de apoyo familiar, afecta al paciente de manera emocional y económica, los que tienen familia se sienten abandonados por ellos o se sienten carga por su discapacidad, esto los hace dependientes y se requiere un tipo especial de cuidados. Los que no tienen familia sienten soledad porque nadie los llega a visitar. La falta de dinero afecta a los pacientes, ellos lo necesitan para comprar medicina, objetos de uso personal, entre otras cosas, por esta causa ellos creen que no poseen nada. Estos dos factores hacen que los pacientes tengan sentimientos de abandono y soledad, lo cual les causa depresión.

3.4 OTRAS ACTIVIDADES Y RESULTADOS

Como actividad de recreación, se celebraban: Cumpleaños de los pacientes, Día del Cariño, Día de la Madre, Día del Padre, Día del Abuelo, Día del Adulto Mayor, Día de la Mujer. Para estas celebraciones se juntaba a los pacientes en la sala, se hacían actividades recreativas, bailaban, refaccionaban y se les daba algunos regalos.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

4.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

- La Terapia Ocupacional y Recreativa que los pacientes de Senilia realizaban, se enfocó principalmente en mantener y mejorar la amplitud articular, así como la fuerza muscular.

Los pacientes por su edad avanzada, físicamente tienen diferentes secuelas de diversas patologías, entre ellas: ECV, Secuelas de Fracturas, Artritis, Parkinson; además la discapacidad aumentaba porque casi no realizaban movimientos, ya que se mantenían todo el día sentados, se movilizaban solo para llevarlos al servicio sanitario o para cambiarles pañal, esto provocaba que las articulaciones no tuvieran una amplitud articular normal o suficiente para que realizaran diferentes movimientos, por lo mismo cuando los pacientes movían las articulaciones sentían demasiado dolor, lo que trae como consecuencia que ellos se sintieran inseguros en los movimientos que realizan, además hacían sus movimientos con lentitud, también tenían dificultad para realizar actividades de la vida diaria como vestirse, alimentarse, peinarse e incluso moverse con facilidad.

Otro problema que enfrentaban los pacientes era, que por la poca actividad física que tenían, la fuerza muscular había disminuido considerablemente. Esto provocaba un deterioro físico en los músculos de los pacientes y por consecuencia también una baja resistencia al ejercicio.

Al realizar ejercicios diariamente, los pacientes mejoraron notablemente sus movimientos articulares porque la amplitud articular mejoró de forma significativa en un 30 por ciento, mejorando también la fuerza muscular, este avance se observaba poco a poco, cada semana conforme se iban realizando los ejercicios.

Al realizar los ejercicios diariamente, los pacientes tuvieron un desarrollo más óptimo en la coordinación, la mejoría se observó por el aumento de los movimientos de miembro superior.

La amplitud de los brazos y hombros aumentó de forma significativa porque ellos ya podían peinarse solos. También mejoró la imagen corporal que ellos tenían de si mismos.

Además de mejorar la amplitud articular y la fuerza muscular, los pacientes al realizar ejercicios diariamente, se recreaban, cuando hacían los ejercicios ellos contaban las repeticiones, llevaban la secuencia, se reían, hacían bromas, etc. Los ejercicios también les ayudaron para mejorar la memoria, porque ellos se aprendían la rutina y si faltaba algún movimiento ellos avisaban, cuando se cambiaba de rutina, ellos volvían a memorizarse los ejercicios.

Los ejercicios les ayudaban de forma positiva, mejoraron sus actitudes, ya que ellos, ya no peleaban tanto como los primeros días, la gimnasia les ayudaba también porque al terminar ellos se sentían más relajados.

- La autoestima de los pacientes al inicio del programa era muy baja, casi no hablaban, su mirada era triste, esto tenía como consecuencia que ellos no se sentían bien con ellos mismos, eran demasiado tímidos, no se observaba en ellos ganas de vivir, no tenían un motivo de vida.

Al empezar con las actividades de higiene y arreglo personal hubo dificultad porque ellos no recordaban para qué se utilizaban las cremas y lociones, tampoco recordaban cómo utilizarla, incluso había que estar observándolos para que no se comieran las cremas de uso corporal.

Al trabajar en esta actividad, al principio se tuvo la dificultad de que por sus diferentes discapacidades y por la poca amplitud articular, la mayoría de pacientes eran dependientes para actividades como el cepillado de dientes, peinarse y para aplicarse cremas y loción; también se tomaba bastante tiempo para esta actividad, pero al realizarlo todos los días y con las rutinas de ejercicios diarias, ellos empezaron a mejorar su amplitud articular, y se volvieron independientes para estas actividades.

Lo que no se logró alcanzar en este objetivo, fue la independencia total de la mayoría de pacientes para el vestuario, por el poco personal que laboraba en la institución y por el tiempo que se utilizaba para esta actividad.

Los pacientes al hacer su higiene diaria se mostraban más seguros de sí mismos y más cuando llegaban visitas, platicaban más. Antes de que llegaran las visitas, ellos se arreglaban, por esto ellos se mostraban más llenos de confianza.

La rutina de arreglarse diariamente les ayudaba en su memoria, porque cuando no se les proporcionaba alguna crema o loción, ellos se recordaban y decían lo que les faltaba y no se les había proporcionado.

Ellos se motivaban a realizar este tipo de actividades, lo cual los hacía felices.

- Se observó que la mayoría de pacientes tenían problema en su coordinación y motricidad fina, porque ellos ya tenían tiempo de no realizar actividades con diferentes tipos de movimientos manuales.

Por sus discapacidades y por la falta de movimiento se les dificultaba realizar las pinzas y garras, lo que les complicaba que ellos pudieran hacer movimientos finos con sus manos, esto ocasionaba que las articulaciones de su miembro superior se fueran deteriorando con el pasar del tiempo y se tornaban rígidas por lo que para moverlas les costaba mucho.

Al empezar a realizar las actividades terapéuticas manuales fue difícil para los pacientes porque ellos no tenían mucha coordinación ojo-mano, les costaba cortar, pegar, hacer bolitas de papel, rasgar, todos los movimientos finos que se requieren para realizar una actividad terapéutica manual, por lo que se frustraban y se enojaban.

Al implementarse las actividades terapéuticas manuales, los pacientes fueron mejorando su coordinación, la fuerza de sus dedos y manos, así como sus movimientos finos, esto hacía que ellos mejoraran la calidad de sus trabajos y se sintieran bien con ellos mismos por lo que habían logrado hacer.

- En los pacientes se observaba mucho estrés y depresión, esta era provocada por tres factores, entre ellos: se aburrían de estar encerrados, no recibían muchas visitas y porque pasaron algún tiempo sin realizar actividades, por lo que la mayoría del tiempo estaban enojados, se peleaban entre ellos, o simplemente no platicaban entre ellos. La mayor parte del día se estaban sentados.

Al realizar la actividad de dibujo, la mayoría cuando pintaba, los colores que más utilizaban eran el negro y el café, solo hacían rayas; conforme iba pasando el tiempo, ellos mejoraron sus habilidades motoras finas, ya tenían la suficiente confianza de hacer dibujos y para utilizar todos los colores de crayones.

En la actividad de lectura, a los pacientes al principio les costaba prestar atención, pero conforme se iban cambiando de lecturas, ellos iban prestando más atención, retenían más lo que leían, y al preguntarles ellos respondían mejor, que al principio.

Al comenzar con las diferentes actividades de ludoterapia, a los pacientes se les dificultaba porque no tenían fuerza muscular así como tampoco coordinación ojo-mano, por esta razón les costaba jugar lotería, lanzar la pelota, jugar memoria, etc. El juego de pelota fue un complemento con los ejercicios que se hacían a diario porque les ayudó considerablemente a los pacientes a mejorar su fuerza muscular, ya que los pacientes los primeros días no podían lanzar la pelota muy lejos, pero con la práctica, su fuerza aumentó y ya la podían tirar de lejos. Al realizar ludoterapia todos los días los pacientes mejoraron su coordinación ojo-mano.

Para la actividad de cocina, también hubo dificultad, porque ellos se les dificultaba hacer movimientos finos, para cortar les costaba mucho, pero al realizarlo seguido, ellos fueron retomando esta clase de actividades y mejoraron sus movimientos.

4.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

- Cuando se dio inicio a este subprograma se manifestaron algunas dificultades, debido a que el personal a quienes estaban dirigidas las actividades, era muy poco y no tenía tiempo necesario para incorporarse a este, por lo cual se realizaron explicaciones detalladamente de los beneficios que este tendría, así como de sus objetivos. Posteriormente aceptaron y se hizo una reestructuración de sus actividades para poder agregar el programa.

El personal de Enfermería que laboraba en Senilia, contaba con experiencia para trabajar en diferentes áreas de salud, pero aun así se les dificultaba trabajar con pacientes de la tercera edad, algunas veces el personal desconocía el trato adecuado que se le debía dar a los pacientes, así como sus discapacidades, falta de conocimiento para movilizarlos y comprender sus enfermedades, como por ejemplo la enfermedad de Alzheimer, situación que provocaba conflictos entre las enfermeras y los pacientes, motivo por el cual surgían enfrentamientos diariamente.

La mayoría de charlas que se impartían al personal encargado de los pacientes, eran dirigidas especialmente para el cuidado del adulto mayor, según sus discapacidades y sus patologías. Las dificultades que surgieron, al darle las pláticas a las enfermeras, eran el tiempo y el horario, se contaba únicamente con dos enfermeras que laboraban por turnos; en cada turno se tenían que ocupar del cuidado de los pacientes y de la limpieza del hogar, por lo que el tiempo para realizar esta actividad con ellas era escaso y de programación irregular, por este motivo las actividades se veían obligadas a realizarse una vez al mes.

Tras el transcurrir de las charlas, ellas fueron comprendiendo cómo mejorar su trato hacia los pacientes, cómo realizar traslados adecuadamente, incorporar a los pacientes a sus actividades de la vida diaria sin necesidad de malos tratos, tener una mejor relación paciente-enfermera, aumentando el respeto entre ellos y mejorando la convivencia diaria.

Sin embargo durante el programa de docencia se observó un obstáculo, las enfermeras no tardaban mucho tiempo en su puesto de trabajo, razón que impedía el avance de este subprograma, porque al llegar nuevo personal se reiniciaban las charlas.

Los resultados obtenidos en el subprograma de docencia que fue dirigido hacia los pacientes a través de la lectura, proporcionó resultados positivos, porque ellos aprendieron sobre los temas, los comentaban y reforzaban; lo que facilitó este subprograma fue que a los pacientes les gustaba escuchar lecturas, por medio de estas, ellos aprendían y comprendían mejor los procesos por los que pasaban a esta edad.

La dificultad que se encontró en este subprograma, fue que no todos estaban conscientes para escuchar, algunos tenían enfermedades como Alzheimer, secuelas de Eventos Cerebro Vasculares o eran sordos, esto impedía que ellos participaran en esta actividad y por lo mismo que aprendieran sobre los temas que les interesaban.

Aproximadamente eran 10 pacientes los que intervenían en la actividad, ellos estaban en completa disposición para participar en las lecturas y por medio de estas, ellos aprendieron a mejorar su calidad de vida, sin embargo, al principio, se dificultó porque los pacientes tenían problema para prestar atención, lo que hacía lento el avance del aprendizaje, mejorando esta situación con el transcurrir de las lecturas.

4.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

- Para la realización de esta investigación se realizó una lista de cotejo que contenía 11 preguntas, las cuales se enfocaban en la relación familiar y las necesidades de los pacientes.

Al realizar la investigación de cómo afectaba la falta de apoyo familiar en los pacientes de Senilia, una de las dificultades que surgieron fue la falta de colaboración por parte de los pacientes para contestar la lista de cotejo, porque no todos estaban orientados en espacio, tiempo y persona, razón por la cual se hizo una selección de pacientes, y se tomó para esta investigación únicamente a 10 pacientes que estaban en capacidad para contestar el cuestionario.

Para contestar el cuestionario se brindó asistencia a los pacientes que no podían leer y a los que tenían problemas de visión, leyendo cada una de las preguntas.

Los resultados de la investigación aclararon varias interrogantes, porque al preguntarles a los pacientes sobre su familia, reflejaban en sus ojos cierta tristeza, manifestaban carecer de apoyo familiar, sentirse inseguros, abandonados por su familia y también mostraban sentimientos de desvalía. Todas estas situaciones provocaban alteraciones emocionales, y baja capacidad para realizar sus actividades diarias. Se enojaban con frecuencia, esto tenía como consecuencia que los pacientes se insultaban y ofendían entre ellos, haciendo su estadía en el hogar menos armoniosa, al enojarse entre ellos, disminuía también su capacidad afectiva. Al realizar las actividades de Terapia Ocupacional y Recreativa, se observaba mejoría, ya no peleaban y se ayudaban entre ellos.

Parte de la investigación fue observar cómo era la dinámica familiar de los pacientes, y se pudo notar que al 65% de los pacientes no los visitaban, debido a que los familiares se habían olvidado de ellos o porque no tenían familia, esto tenía como consecuencia que los pacientes no se podían expresar afectivamente con ellos, además se sentían rechazados y olvidados; lo que les causaba que el estado de ánimo bajara, se sintieran tristes y no queridos la mayor parte del tiempo, esto provocaba también que la autoestima también les disminuyera bastante.

En cuanto a los pacientes que recibían visitas que era el 35% y no eran visitas seguidas, se observó que la relación y el trato que estos le daban al paciente eran escasos, porque los familiares a veces solo se sentaban a la par de ellos y no les platicaban, o se aburrían. La visita de los familiares era significativa porque los pacientes mostraban una mejor disponibilidad para colaborar con las actividades de Terapia Ocupacional y Recreativa. Al realizar estas actividades, ellos mejoraron en su estado de ánimo.

Se observó que algunos pacientes respondían de manera contraria pues la visita de sus familiares les producía tristeza, enojo, desesperanza, ansiedad y muchas veces se mostraban renuentes para ingerir sus alimentos. Por lo mismo, al realizar la terapia, ellos se aburrían o no trabajaban con paciencia.

La falta de afecto familiar, les hacía disminuir sus actividades por lo que había que animarlos más que otros días para que ellos realizaran las actividades que eran planificadas para este fin.

La falta de apoyo económico es otro elemento que también les afectaba a los pacientes, porque no cubrían las necesidades esenciales, les hacía falta objetos de uso personal, medicamentos, entre otros objetos de importancia para los pacientes, esta falta les impedía estar cómodos y llevar una vida sin carencias; como consecuencia de esto, ellos se sentían abandonados porque carecían de un familiar que los apoyara cuando ellos lo necesitaban, que los comprendiera en sus alegrías, tristezas, dolores, y que les diera una muestra de afecto.

4.4 ANALISIS DE CONTEXTO

Realizar el Ejercicio Técnico Supervisado en Senilia, le dio la oportunidad a esta institución para que conozca los beneficios de la Terapia Ocupacional, y los integre dentro de los programas que allí se realizan, pues al inicio, se observó que los pacientes de Senilia se manejaban en un contexto pasivo, sus actividades eran poco motivadoras; al integrar el programa de Terapia Ocupacional, los pacientes de la tercera edad fueron más productivos, por medio de las actividades que realizaban desarrollaron su creatividad, su estado de ánimo mejoró. Los pacientes que empezaban a ser dependientes en las actividades de la vida diaria empezaron a adquirir motivación para volver a retomar esa independencia, la cual habían dejado por la tristeza de mantenerse todo el día sin ocupación y sin alguna actividad que los motivara.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

5.1.1 CONCLUSIONES GENERALES

- El paciente geriátrico con el pasar del tiempo, tiende a pasar por ciertos cambios que afectan tanto sus habilidades físicas, como sus habilidades intelectuales, por lo que si ellos no realizan actividades que les ayuden a disminuir los síntomas, su estado físico se va a ir deteriorando progresivamente.

5.1.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

- El paciente de la tercera edad ya no realiza ejercicio, por lo que su discapacidad aumenta, la fuerza muscular y la amplitud articular disminuyen, esto causa que él ya no se pueda desenvolver de forma independiente.
- La autoestima de los pacientes de la tercera edad es baja, por lo que los pacientes al realizar las actividades de higiene personal y arreglo diario mejoran en su confianza en sí mismos; cuando no están aseados ellos se sienten muy inhibidos e inseguros de ellos mismos.
- Las Actividades Terapéuticas Manuales estimulan a los pacientes a aumentar su creatividad, así como a mejorar su motricidad fina y coordinación, si carecen de este tipo de actividades donde no se realicen movimientos finos, principalmente en las manos, tendrán dificultad al momento de realizar sus actividades de la vida diaria.
- El estrés y la depresión se reduce en los pacientes cuando realizan diferentes actividades recreativas, aunque estas actividades no solo reducen esto, sino que también por las actividades que se realizan, mejorando significativamente en su amplitud articular.

5.1.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

- El autocuidado en los pacientes tiene restricciones, porque ellos desconocen cómo cuidarse ellos mismos.
- La mayor parte del personal de enfermería no tiene una especialidad en tratar con pacientes de la tercera edad, esto crea conflictos entre personal-pacientes.

5.1.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

- Las necesidades afectivas y económicas de los pacientes hacen que su estadía en el hogar Senilia no sea agradable, por lo que la mayoría de veces ellos entran en depresión.
- La Terapia Ocupacional dirigida a los pacientes, con las actividades planificadas para ellos fue un factor indispensable, para disminuir la depresión que les provocaba el escaso afecto familiar.
- La falta de apoyo económico en los pacientes es un factor que desencadena varios eventos, entre ellos que se enfermen, lo cual hace que disminuyan su estado de ánimo y que estén inactivos la mayor parte del día.

5.2 RECOMENDACIONES

5.2.1 RECOMENDACIONES GENERALES

- Para evitar el deterioro de los pacientes es recomendable que no falte en el hogar Senilia un programa de Terapia Ocupacional, con este se busca prevenir el deterioro de los pacientes a nivel físico y psíquico y mejorarles su calidad de vida dentro de la institución.

5.2.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

- Al planificar las actividades de Terapia Ocupacional y Recreativa se debe incluir un programa permanente de gimnasia para que el paciente mejore sus amplitudes articulares y fuerza muscular, este programa debe ser variado para que la persona a quien está dirigida esta actividad no sienta la rutina.

- Por medio de la actividad de higiene y arreglo personal, motivar a los pacientes para que se independicen al igual que con los pacientes que son de primer ingreso, para que no dependan ellos, en su arreglo personal de las enfermeras a su cargo.
- Tomar en cuenta al realizar las actividades manuales, que los materiales que se utilicen no sean tóxicos para los pacientes, así como también ver cómo facilitarles los procedimientos, dependiendo de la discapacidad de cada paciente.
- Para que los pacientes no sientan las actividades repetitivas, hacer diferentes actividades recreativas, y que éstas, dependiendo la actividad, lleven muchos movimientos articulares, también, motivarlos para que trabajen en grupo y así mejoren la comunicación entre ellos.

5.2.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

- Seguir informando a los pacientes sobre los cambios y procesos que corresponden a esta edad, por medio de lecturas, pláticas grupales o individuales, etc.
- Observar el trabajo que realiza el personal de enfermería y ver cuáles son sus limitaciones en el trato con los pacientes, para poder planificar qué pláticas se necesita proporcionarles, para que se pueda mejorar la relación y la comprensión entre enfermera- paciente.

5.2.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

- Es necesario que la institución ponga énfasis en mejorar la relación de los pacientes con su familia, en capacitación para el personal y en buscar herramientas para mejorar la calidad de vida, porque si estas necesidades no son satisfechas, ellos entran en episodios depresivos, lo que tiene como consecuencia que su estadía en la institución sea incómoda o poco grata.
- Por medio de la Terapia Ocupacional y Recreativa, incluir entre las planificaciones actividades que sean dirigidas para fortalecer la relación entre los pacientes, para que ellos puedan mejorar sus vínculos y aumentar las relaciones afectivas entre ellos.

- Realizar actividades de Terapia Ocupacional que disminuyan la ansiedad que les provoca la falta de dinero a los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- Confort, A. (1991). LA EDAD DORADA GUIA PARA ENTENDER Y DISFRUTAR LA VEJEZ. España: Ediciones Grijalbo, S.A.
- De los Reyes, C. (2007). FAMILIA Y GERIÁTRICOS, LA RELATIVIDAD DEL ABANDONO. Argentina: Espacio Editorial.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). ENVEJECER BIEN, QUÉ ES Y CÓMO LOGRARLO. Volumen I. España: Ediciones Pirámide.
- Gómez Tolón, J. (1997). FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL. España: Mira Editores.
- Hopkins, H. y Smith H. (1998). TERAPIA OCUPACIONAL. (Octava Edición). España: Editorial Médica Panamericana.
- Jiménez, L. (1999). TEXTO DE TERAPIA OCUPACIONAL 1. Guatemala: Taller de Reproducción de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos.
- Macdonald, E.M. (1979). TERAPÉUTICA OCUPACIONAL EN REHABILITACIÓN. (Segunda Edición). España: Salvat Editores, S.A.
- Océano. (2003). DICCIONARIO DE MEDICINA OCEANO MOSBY. España: Editorial Océano.

- (Consultado el 1 de Febrero de 2010) Disponible en:
es.wikipedia.org/wiki/Ciudad_de_Guatemala
- (Consultado el 1 de Febrero de 2010) Disponible en:
es.wikipedia.org/wiki/Kaminaljuy%C3%BA
- (Consultado el 14 de mayo de 2009) Disponible en:
www.acamto.com/noticias/geriatria.htm
- (Consultado el 1 de Febrero de 2010) Disponible en:
www.deguate.com/cgi-bin/infocentros/historia/print.pl?article=16
- (Consultado el 1 de Febrero de 2010) Disponible en:
www.mayasautenticos.com/guatemala_hoy.htm
- (Consultado el 1 de Febrero de 2010) Disponible en:
www.museomiraflores.org/kaminal.html
- (Consultado el 1 de Febrero de 2010) Disponible en: www.psicologia-online.com/monografias/4/gerontologia.shtml
- (Consultado el 1 de Febrero de 2010) Disponible en:
www.portalviajar.com/america/guatemala/guatemala/historia.php
- (Consultado el 1 de Febrero de 2010) Disponible en: www.senilia.org

GLOSARIO

- **Ateroesclerosis:** Trastorno arterial frecuente caracterizado por el depósito de placas amarillentas de colesterol, lípidos y detritus celulares en las capas internas de las paredes de las arterias de grande y mediano calibre.
- **Logopeda:** Persona especializada en patología del lenguaje que trata a los enfermos afectados de trastornos de la comunicación verbal.
- **Mixedema:** La forma más grave de hipotiroidismo. Se caracteriza por sudoración de manos, cara, pies y zona periorbitaria. Puede desembocar en coma y muerte consecutiva.
- **Quiropodista:** Profesional de la salud cuya formación se centra en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y demás alteraciones de los pies.
- **Tirotoxicosis:** También llamada Enfermedad de Graves, es un trastorno caracterizado por un hipertiroidismo pronunciado que por lo general se asocia con aumento de tamaño de la glándula tiroides y exoftalmos. Se desconoce su etiología pero se trata de una enfermedad familiar que puede ser de naturaleza autoinmune.