

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA – CIEPs –
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA EN LA DEMENCIA SENIL
A TRAVÉS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ANCIANAS DEL
ASILO NUEVA ESPERANZA”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL
HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

MARIELA DAYANE CHAVARRÍA PÉREZ

ANA GABRIELA FAJARDO BERNARD

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
TERAPISTAS OCUPACIONALES Y RECREATIVAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
TÉCNICAS UNIVERSITARIAS**

GUATEMALA, JUNIO DE 2012

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a figure on horseback, a lion, and a castle. The shield is flanked by two columns with banners that read 'PLUS' and 'ULTRA'. Above the shield is a crown and a cross. The outer ring of the seal contains the Latin text 'LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEM' and 'ATENSIS INTER'.

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO

LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO

JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 137-2011
DIR. 1,401-2012

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

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

26 de junio de 2012

Estudiantes
Mariela Dayane Chavarría Pérez
Ana Gabriela Fajardo Bernard
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el **ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL CUATROCIENTOS NUEVE GUIÓN DOS MIL DOCE (1,409-2012)**, que literalmente dice:

“UN MIL CUATROCIENTOS NUEVE: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA EN LA DEMENCIA SENIL A TRAVÉS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ANCIANAS DEL ASILO NUEVA ESPERANZA”**, de la carrera Técnica de: Terapia Ocupacional y Recreativa, realizado por:

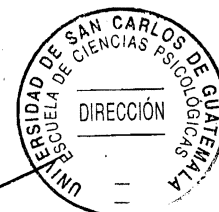
Mariela Dayane Chavarría Pérez
Ana Gabriela Fajardo Bernard

CARNÉ No. 2008-11201
CARNÉ No. 2008-21304

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciada Bertha Melanie Girard Luna y revisado por Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes. 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 de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

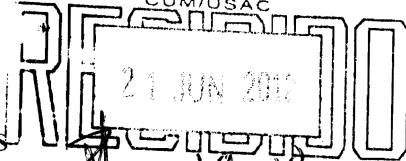
“ID Y ENSEÑAD A TODOS”




Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO



Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



CIEPs 821-2012
REG: 137-2011
REG: 268-2011

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

FIRMA: [Signature] HORA: 19:00 Registro: 137-11

INFORME FINAL

Guatemala, 18 de junio 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN titulado:

**“REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA EN LA DEMENCIA
SENIL A TRAVÉS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ANCIANAS
DEL ASILO NUEVA ESPERANZA.”**

ESTUDIANTE: **Mariela Dayane Chavarría Pérez**
Ana Gabriela Fajardo Bernard
CARNE NO. 2008-11201
2008-21304

CARRERA: Terapia Ocupacional y Recreativa

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 13 de junio 2012 y se recibieron documentos originales completos el día 15 de junio 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Signature]
Licenciado Marco Antonio García Enríquez
COORDINADOR



Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

c.c archivo
Arelis



CIEPs: 822-2012
REG: 137-2011
REG: 268-2011

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

Guatemala, 18 de junio 2012

Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado García:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**"REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA EN LA DEMENCIA
SENIL A TRAVÉS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ANCIANAS
DEL ASILO NUEVA ESPERANZA."**

ESTUDIANTE:

Mariela Dayane Chavarría Pérez
Ana Gabriela Fajardo Bernard

CARNE NO.

2008-11201
2008-21304

CARRERA: Terapia Ocupacional y Recreativa

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 13 de junio 2012 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
DOCENTE REVISOR



Areliis./archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usaopsic@usac.edu.gt

Guatemala,
Mayo 30 del 2012.

Licenciado Marco Antonio García Enriquez
Coordinador
Departamento de Investigaciones Psicológicas
"Mayra Gutiérrez" -CIEPs.-
CUM

Licenciado García:


Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría del Informe Final de Investigación, titulado: "REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA EN LA DEMENCIA SENIL A TRAVÉS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ANCIANAS DEL ASILO NUEVA ESPERANZA", elaborado por las Estudiantes:

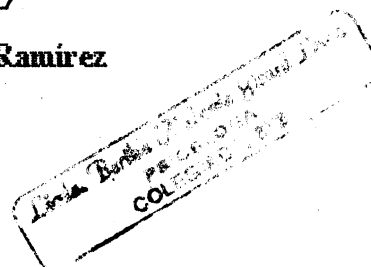
Mariela Dayane Chavarría Perez
Ana Gabriela Fajardo Bernard

Carné No.: 200811201
Carné No.: 200821304

El trabajo fue realizado a partir del 27 de junio del año dos mil once, previo a obtener el Título de la Carrera Técnica de Terapia Ocupacional y Recreativa, en el grado académico de Técnico Universitario. Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs., por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Atentamente,


Licenciada Bertha Melante Girard de Ramirez
ASESORA
Colegiado Activo No.: 673



BMGdR/susy
c.c.archivo

HOGAR DE ANCIANAS “NUEVA ESPERANZA”
Hermanas Misioneras de la Eucaristía

Guatemala 9 de marzo de 2012-03-09

Licenciado:

Marco Antonio García Enríquez
Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología
CIEPs- “Mayra Gutiérrez”
Escuela de Ciencias Psicológicas,
CUM

Licenciado García:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes Mariela Dayane Chavarría Pérez Carné 200811201 y Ana Gabriela Fajardo Bernard Carné 200821304 realizaron en esta Institución trabajo de Investigación titulado: “Rehabilitación Neurocognitiva en la demencia senil a través de la Terapia Ocupacional en ancianas del Asilo Nueva Esperanza”, en el periodo comprendido del 1 de septiembre al 30 noviembre del año 2011, en horario matutino y vespertino.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,



f. 
Hna. Florencia Pichiyà Choc
Coordinadora

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR. MARIELA DAYANE CHAVARRÍA PÉREZ

MADRINA DE GRADUACIÓN

ALICIA ZAMORA

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO NO. 2,677

PADRINO DE GRADUACIÓN

PABLO SATURNINO TZOY COXIC

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO NO. 3,423

POR. ANA GABRIELA FAJARDO BERNARD

MADRINA DE GRADUACIÓN

BERTHA MELANIE GIRARD

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO NO. 673

PADRINO DE GRADUACIÓN

RUDY EDUARDO APARICIO AVENDAÑO

MEDICO ODONTOLOGO

COLEGIADO NO. 831

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y LA VIRGEN. Por permitirme ser la mujer que hoy día soy, por las bendiciones recibidas a lo largo de mi vida y por la oportunidad de ser cada día una mejor profesional.

A MIS PADRES. Marco y Rosa, por ser las personas que me dieron la vida, me han guiado a lo largo de ella, me han enseñado valores y por el amor incondicional que han tenido en cada etapa de mi vida.

A MIS HERMANOS. Viktor y Alejandra, por demostrarme que el amor auténtico trasciende fronteras, a ustedes por ser mis cómplices desde siempre, por el privilegio y la magia de tenerlos como hermanos y por el éxito que tienen.

A MI HIJA. Naomi por ser el regalo más hermoso que la vida me dio, por ser la luz que me ilumina y me motivan, mis logros son tuyos amada hija y por las experiencias de vida compartidas. TE AMO.

A MIS AMIGAS. Griselda y Dalia por compartir momentos de alegría, los académicos, e incluso en aquellos que fueron difíciles para nosotras. En especial a Gabriela por ser mi compañera de equipo para llevar a cabo este proyecto.

A MIS ABUELITAS. Mamachony y Abuelita Nela por ese espíritu de madres guerreras, por la lucha constante de cada día y esa fortaleza interna que tienen, las admiro.

A MI FAMILIA. Por motivarme a ser cada día una mejor persona.

MARIELA DAYANE CHAVARRÍA PÉREZ

ACTO QUE DEDICO

A DIOS. Por su misericordia e infinito amor y sostenerme en sus manos en los momentos más difíciles.

A MIS PADRES. Con admiración y respeto; agradezco el amor, apoyo incondicional y sacrífico, este ha sido el motivo más grande para lograr esta meta.

A MIS HERMANAS. Alexsandrina y Katherine son las mejores del mundo las amo.

A MIS SOBRINAS. Yuliana y Fátima, no permitan que nada ni nadie les robe sus sueños, siempre estaré con ustedes.

A MI FAMILIA. Este logro es para todos ustedes tíos, tías, primos, primas y los que se ha incorporado son geniales.

A MIS AMIGAS. Arely, Nidia, Karla, Gris y Dalia por ser un ejemplo de lucha; sin su apoyo, comprensión y compañía en las noches de desvelo esto hubiera sido imposible.

A MI HERMANA Y COMPAÑERA. Mariela, porque formamos el mejor equipo, tus consejos nunca han pasado por alto en mi vida.

A MIS ANGELES. Nevil Libourn Bernard (++), Marcelina Palencia, Trinidad Fajardo, José Andrés, Sonia, Fredy y Quique por el legado tan grande que dejaron en mi vida.

ANA GABRIELA FAJARDO BERNARD

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala: nuestra Alma Mater.

Escuela de Ciencias Psicológicas: por abrirnos las puertas del ámbito académico para formarnos como profesionales y proporcionarnos las herramientas para culminar la carrera de Terapia Ocupacional y Recreativa.

Al Asilo “Nueva Esperanza”: por permitirnos realizar la investigación en sus instalaciones.

A las Ancianas del Asilo: por su colaboración a lo largo de la ejecución del proyecto.

A la Licda. Bertha Melanie Girard: por ser una profesional de excelencia en la Terapia Ocupacional, por guiarnos y compartir su conocimiento.

INDICE

RESUMEN.....	1
PRÓLOGO.....	3
CAPÍTULO I	
1.1 Planteamiento del problema y marco teórico.....	4
1.1.1 Planteamiento del Problema.....	4
1.1.2 Marco Teórico.....	7
CAPÍTULO II	
Técnicas e instrumentos.....	38
2.1 Técnicas.....	38
2.1.1 Descripción de la muestra	38
2.2 Instrumentos para la Recolección de Datos.....	38
2.2.1 Propuesta de Talleres	41
2.2.2 Técnicas y procedimientos de trabajo.....	41
CAPÍTULO III	
Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	43
3.1 Características y lugar de la población.....	43
3.1.1 Características del lugar.....	43
3.1.2 Resultados Obtenidos	45
3.2 Talleres.....	45
3.2.1 Evaluaciones.....	47
3.2.2 Análisis e interpretación general de los resultados..	53

CAPÍTULO IV.

Conclusiones y recomendaciones.....	55
4.1 Conclusiones.....	55
4.2 Recomendaciones.....	56
Bibliografía.....	57-58
Egrafías.....	59
Anexos.....	60

RESUMEN

“Rehabilitación Neurocognitiva en la demencia senil a través de la Terapia Ocupacional en ancianas del Asilo Nueva Esperanza”

Autoras.

Mariela Dayane Chavarría Pérez y Ana Gabriela Fajardo Bernard

Dentro de este trabajo de investigación se abordan las características de las personas de la tercera edad que por circunstancias de la vida están institucionalizadas en un Asilo de Ancianas.

Se tratan temas relacionados al desarrollo humano y la vejez la calidad de vida y las teorías del envejecimiento, así mismo la presencia de procesos incapacitantes y trastornos mentales asociados a la vejez.

La temática relacionada a la Terapia Ocupacional discurre desde sus orígenes históricos, su definición y su beneficio terapéutico para apoyar la prevención, el diagnóstico, la rehabilitación y la recreación, en el caso del adulto mayor se proponen actividades de rehabilitación física y neurocognitiva.

Se desarrollaron 14 talleres con objetivos diversos que incluían actividades terapéuticas manuales, terapia cognitiva, gerontogimnasia, psicomotricidad, relajación y actividades recreativas. Todas estas acciones requerían el ejercicio de capacidades mentales como el análisis, la síntesis, el ingenio, la imaginación, la percepción, la atención y la memoria.

El acercamiento afectivo y la convivencia apoyaron la Rehabilitación Neurocognitiva validando la teoría de la reminiscencia, en la recuperación de recuerdos y conocimientos adquiridos a lo largo de la vida, situaciones que favorecen la identidad y la autoestima, valorando lo que cada una posee en su singularidad, propiciando un sentimiento de valoración y resignificación del sentido de vida.

Que la sociedad guatemalteca debe volver su mirada a las necesidades materiales y afectivas a las personas de la tercera edad que en condiciones de soledad y pobreza reclaman nuestra protección y cuidado con un trato humanitario.

PRÓLOGO

Cuando la persona humana en el proceso de la vida llega a la vejez experimenta importantes cambios físicos, psicológicos y sociales. En el caso de las ancianas que viven en situación de institucionalización pueden mostrar mayor deterioro en sus capacidades funcionales y sus facultades intelectuales a causa de rutinas, monotonía e inactividad.

Las personas que constituyeron la población meta de la presente investigación pueden verse afectadas por el avance de la edad, por estados o enfermedades físicas, sedentarismo, ausencia de vínculos familiares y afectivos, pueden experimentar dificultades emocionales que se ven acentuadas por sus características de personalidad.

La intención del trabajo se vio orientada a proponer actividades para estimular la participación, el desarrollo de habilidades y destrezas, Rehabilitación Neurocognitiva y Terapia Ocupacional; organizadas en talleres.

Las técnicas terapéuticas incluyeron: actividades manuales, jardinería, pintura, gimnasia, actividades físicas, psicomotricidad, ejercicios para estimulación de las funciones mentales (memoria, atención, comunicación y pensamiento), para apoyar la funcionalidad de la persona y ayudar a la recuperación de recuerdos. Promover la alegría, la recreación, el mejoramiento de la autoestima, así como darle significado y propósito al momento particular de su vida; fueron otros objetivos. Es de reconocer la respuesta positiva y de colaboración que se obtuvo, el entusiasmo y el interés fueron reacciones espontáneas en las personas de la tercera edad donde la Terapia Ocupacional debe tener un lugar privilegiado para involucrar a las ancianas en continuo accionar que ayude a su autonomía y salud mental.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEORICO

1.1.1 Planteamiento del Problema

El presente trabajo de investigación responde a la observación de las necesidades de las ancianas del Hogar "Nueva Esperanza", quienes por ser pacientes de la tercera edad presentan limitación en sus actividades funcionales. Es notoria la presencia y deterioro de sus habilidades cognitivas, psicológicas y sociales; producto de la institucionalización y del proceso avanzado de su edad cronológica, donde las rutinas tienen el tiempo estructurado en tiempos de higiene, alimentación y ocio.

La ausencia de programas de promoción de la salud mental, la recreación y la terapia ocupacional se expresan en la monotonía y los largos períodos entre uno y otro tiempo de alimentación.

Durante los diferentes talleres se impulsaron actividades estimulantes para promover la socialización, las capacidades físicas e intelectuales, el esparcimiento y la relajación como áreas de trabajo que demandan intervención en las rutinas ya establecidas e impulsan la participación. Se consideró necesaria utilizar la Terapia Ocupacional en la Rehabilitación Neurocognitiva, por medio del ejercicio de habilidades funcionales que busca restablecer, mantener y recuperar la autonomía de las ancianas dentro de la institución.

La Terapia Ocupacional y Recreativa como tratamiento rehabilitativo, utiliza diferentes técnicas, con el propósito de contribuir a la recuperación de la funcionalidad de la persona, también recurre a la utilización de capacidades residuales para la búsqueda de la

independencia e integración social en pacientes de la tercera edad, para lograr su adaptación y autonomía personal.

En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: el análisis, la síntesis, el razonamiento, el ingenio, la imaginación, la percepción y la memoria visual inmediata. Es importante hacer notar, que la anciana presenta menor deterioro de sus facultades intelectuales siempre y cuando se mantenga activa y productiva, cualquiera que sea la actividad que realice. En esta etapa de la vida, se incrementa el temor a lo desconocido, al tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales situación que le produce un gran sentimiento de inseguridad, agravado por pautas culturales que los ubican en una posición desventajosa con respecto al adulto joven, determinando los roles que deben desempeñar. En las ancianas se detectaron limitaciones físicas y recurrencia de enfermedades que afectan su salud, experimenta incapacidad para proveer sus propios recursos de sobrevivencia, mantienen cierto aislamiento social, abandono y desadaptación que se expresan en conflictos de valores y convivencia.

El abordaje terapéutico se hizo por medio de talleres que incluyen actividades manuales, jardinería, pintura, gimnasia, movimientos físicos, psicomotricidad, relajación y ejercicios mentales para la estimulación cognitiva. Rehabilitación neurocognitiva consiste en el mantenimiento y estimulación de las funciones mentales como la memoria, atención, percepción, coordinación visomotora, psicomotricidad, orientación, comunicación y pensamiento.

Se incluyó en esta propuesta, la Teoría de la Reminiscencia, como una propuesta terapéutica beneficiosa para las pacientes, en especial los y las adultos mayores, por el deterioro mental que manifiestan, situación que se complica; en un estado de sedentarismo con poca actividad física y mental. Esta teoría busca percibir ideas, relacionarlas y ubicarlas en la memoria del ser humano, la tarea terapéutica consistió en recordar ese conocimiento olvidado, vinculando diferentes recuerdos en una vivencia de continuidad en la historia de su vida. Esto permite aceptar lo que se vivió y darle significado y propósito a la vida. Favorece la integración del pasado con el presente, reforzando así la identidad de la persona. En las ancianas se puede detectar diferencias individuales debido a características de personalidad acentuados por el cúmulo de experiencias que cada una posee y distintas formas de afrontamiento que poseen.

La ejecución de los talleres requirió una planificación previa, donde las temáticas que se incluyeron fueron investigadas y adecuadas a la población. Se propusieron diversas actividades que fueran del agrado de las ancianas, desarrollando 15 talleres divididas en 5 áreas: Cognitiva, Gerontogimnasia, Psicomotricidad fina y relajación, Actividades Terapéuticas Manuales y Recreativa; con el objetivo de mantener y recuperar capacidades de trabajo, con seguimiento de instrucciones, participación en las actividades y cierre de cada actividad; promoviendo emociones sanas y saludables, como la alegría, la recreación, mejoramiento de la autoestima, sentimiento de valoración por el esfuerzo realizado y la relajación. La respuesta de las ancianas se expresó en alegría, entusiasmo, interés en las diversas actividades,

responsabilidad, reconocimiento y simpatía hacia las terapeutas ocupacionales.

1.1.2 Marco Teórico

En el desarrollo humano, la calidad de vida durante la senescencia presenta necesidades fundamentales, sus satisfacciones pueden obtenerse a través de infinidad de medios. A continuación se presenta la clasificación de Virginia Anderson, que en su trabajo e investigaciones, fundamenta sobre las Teorías de las Necesidades de Maslow, que son universales¹, siendo 14 necesidades fundamentales se manifiestan en tres dimensiones: biológica, psicológica y sociocultural.



¹ Choque, Stella y Jacques, ACTIVIDADES DE ANIMACION PARA LA TERCERA EDAD, 1ra. Edición, Editorial Paidotribo, España, 2006, 24pp.

NECESIDADES FUNDAMENTALES	DESCRIPCION
Necesidad de respirar	Necesidad del ser humano que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y para expulsar el gas carbónico producido por la combustión celular.
Necesidad de beber y comer	Necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos y bebidas de buena calidad, en cantidad suficiente para mantener sus tejidos y la energía indispensable para el buen funcionamiento.
Necesidad de eliminar	Necesidad del organismo de desembarazarse de las sustancias nocivas e inútiles que resultan de los diferentes metabolismos.
Necesidad de moverse y de mantener una postura adecuada	Moverse es la necesidad que todo individuo tiene de poder movilizar todas las partes de su cuerpo, con el fin de realizar los movimientos coordinados y controlados indispensables para su bienestar. Mantener una postura adecuada es la necesidad de mantener una posición anatómica las distintas partes del cuerpo en movimiento o en reposo hará que las diferentes funciones del organismo se puedan cumplir eficazmente.
Necesidad de dormir y descansar	Necesidad para todo ser humano de disponer de suficientes horas de sueño y de descanso, en buenas condiciones, puede darse para permitir al organismo que encuentre la energía necesaria para sus actividades cotidianas y su bienestar psicológico.
Necesidad de vestirse y desvestirse	Necesidad propia del individuo de llevar ropa adecuada, según sus actividades, para mantener la temperatura del cuerpo y proteger su pudor. La ropa también tiene su significado social y cultural, además de ser elemento de comunicación.
Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales	Necesidad del organismo de conservar la temperatura a un nivel constante para sentir el bienestar y proteger la propia integridad.
Necesidad de evitar el peligro	Necesidad del ser humano de protegerse contra cualquier agresión de origen interno o externo para poder mantener la salud.
Necesidad de comunicarse	Necesidad del ser humano de intercambiar con los demás y con el entorno, de un modo verbal y no verbal a nivel sensorio motor, intelectual y afectivo, con el objeto de compartir sus ideas, sus sentimientos, sus experiencias, sus sensaciones, de expresar sus necesidades y de comprender las de quienes le rodean.
Necesidad de actuar según las propias creencias y valores	Necesidad del ser humano de adaptar su vida y sus prácticas a sus convicciones, ya sean de tipo moral, filosófico, religioso.
Necesidad de ocuparse para realizarse	Necesidad de todo ser humano de realizar las actividades físicas, intelectuales y espirituales que le permitan satisfacer sus aspiraciones, valorarse y/o tener el sentimiento de ser útil para los demás y para sí mismo.
Necesidad de divertirse	Necesidad del ser humano de divertirse a través de una ocupación agradable con el objeto de obtener descanso y placer físico, intelectual, psicológico, afectivo o espiritual.

La OMS necesito utilizar una medición de la calidad de vida que reflejara variables intencionalmente. Se establecieron ciertos criterios:

- la subjetividad
- la multidimensionalidad y
- la existencia de dimensiones positivas y negativas

Ésta medición valora seis dominios; físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y aspectos trascendentales. Cada uno de los dominios como es físico corresponderá al dolor y el malestar, energía, fatiga, sueño y reposo. El dominio psicológico corresponde a los subdominios de sentimientos positivos, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, autoestima, imagen corporal y aspecto personal. El dominio de independencia se atribuye a todos los elementos de movilidad física, las actividades de la vida diaria (AVD), la dependencia de medicamentos, capacidad de trabajar. El dominio de relaciones sociales esta constituido por las relaciones personales, el apoyo social y la actividad sexual.

El dominio del medio ambiente, forma parte de la seguridad física y protección del medio en el ambiente en el hogar, los recursos económicos, los cuidados de salud y sociales, la disponibilidad y calidad de oportunidades, la participación en oportunidades de ocio y hacer, en el ambiente físico. Los aspectos trascendentales están constituidos por la propia espiritualidad, la religión y las creencias personales. La estructura de la calidad de vida² es aquella que incluirá los seis criterios antes

² J. Garrison, Susan, MANUAL DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION, 1ra edición, Editorial McGraw-Hill, España, 10 pp.

mencionados, integrados por aspectos médicos, psicológicos, sociológicos o de la calidad del entorno inmediato.

La consideración de la interacción entre una persona y su ambiente refleja tres postulados: en primer lugar, el ambiente influye en el bienestar de la persona (y los ambientes no son homogéneos en lo relativo a la calidad de vida que pueden propiciar); en segundo lugar, las personas influyen en el ambiente (seleccionando los diversos aspectos del mismo y respondiendo a ellos con la adaptación de sus propias necesidades); en tercer lugar la relación entre la persona y su ambiente no es unidireccional, sino que es de tipo recíproco.

Esto lleva implícito lo deseable frente a lo indeseable en cualquier aspecto de la vida, la calidad de vida en la vejez no debe ser contemplada como una cuestión de todo o nada, de ausencia o presencia, de bien o mal, es un amplio y complejo espectro. La capacidad de cada individuo para evaluar su propia calidad de vida a partir de los propios criterios y de consideraciones estrictamente personales sobre la existencia, en ocasiones con independencia o dependencia de otros.

El contenido en la calidad de vida exige que todos los aspectos queden cubiertos por la definición. El modelo propone cinco aspectos en cuatro componentes generales:

- condiciones afectivas del ambiente
- competencia del comportamiento
- calidad de vida percibida
- bienestar subjetivo

Un buen modelo de calidad de vida en la vejez³ debe contemplar todos los cambios negativos y positivos, que acompañan al envejecimiento. Entre los negativos se pueden citar los que dependen de mecanismos genético-biológicos, como: la alteración de las capacidades biomecánicas representadas por la disminución de la fuerza y resistencia, las alteración en las capacidades sensoriales y psicomotrices, la disminución en la velocidad de procesamiento de la información que se refleja en la lentitud y precisión en la toma de decisiones y en el control de las acciones, las pérdidas de la memoria operativa y de la memoria episódica, la disminución en la capacidad de aprendizajes y la reducción del control instrumental.

Entre los cambios positivos que se refieren a la capacidad de adaptación de los ancianos son: mayor selectividad socioemocional, mayor capacidad para el establecimiento de prioridades, especializaciones cognitivas y una capacidad mayor para sortear los acontecimientos de la vida práctica y mayor prudencia a la precisión en la realización de las tareas.

Las capacidades relativas a las actividades de auto-cuidado o actividades de la vida diaria van desde arreglarse, vestirse, comer, lavarse, tomar una ducha, pasar de un sitio a otro y desplazarse. Las capacidades relativas a las actividades instrumentales de la vida diaria como hacer compras, mantener la habilidad de cocinar, hacer jardinería, cuidar de su propia salud desde tomarse sus medicinas, mantener su integridad y seguridad personal.

³ Rebelatto, José R., GERIATRIA PRACTICA ASISTENCIAL EN EL ANCIANO, 1ra. Edición, Editorial McGraw Hill, España 2005, 6-7 pp.

La clasificación de las actividades de la vida diaria se pueden contemplar ocho categorías como: el auto-cuidado, desempeño instrumental de la vida cotidiana, ocio de carácter físico (ejercicio, los paseos, los viajes, la jardinería), ocio de carácter intelectual (leer, escribir, pintar, oír música), ver la televisión, mantener relaciones sociales, descansar y dormir durante el día.

Las competencias básicas son las actividades de auto cuidado y de desempeño de tareas rutinarias realizadas en el ámbito donde vive. Todo esto se refiere a un indicativo de salud y funcionalidad física y mental.

Las teorías del envejecimiento en las últimas investigaciones han demostrado que la especie humana puede pretender tener una esperanza de vida de 120 años, también se habla que el envejecimiento y la muerte celular son un proceso inevitable para todos los seres vivos. Este es un fenómeno complejo y multifactorial.

Algunas de las teorías que investigan el envejecimiento son:

- La Teoría de la programación genética del oncólogo Doctor Hayflick que propone que la duración de la vida de cada especie viva, está determinada por un programa de envejecimiento inscrito en su código genético; una especie de reloj interno
- La Teoría de la acumulación de errores: donde la célula cuando envejece perdería su "discernimiento" y aceptaría en ella ácidos animados no previstos en su secuencia genética. La célula es incapaz de transmitir su patrimonio genético durante la mitosis y acabaría muriendo.
- La Teoría de los radicales libres: éstas son moléculas o fragmentos de moléculas o de átomos que pueden construir verdaderos

venenos para nuestro organismo. Son el resultado de las reacciones de oxigenación que se producen en contacto con el oxígeno que respiramos. Afortunadamente, poseemos diversas enzimas que se canalizan estos radicales, así como las vitaminas que permiten defender las células.

- La Teoría de la alteración del sistema inmunitario como: la naturaleza humana está bien hecha, el hombre posee anticuerpos capaces de luchar contra la introducción de sustancias extrañas que se conocen como antígenos. Con la edad el organismo pierde su facultad de discernimiento: produciendo menos anticuerpos capaces de luchar contra bacterias y virus. Produce anticuerpos contra sus propias células provocando una autodestrucción.
- La Teoría del envejecimiento endocrino, con la edad el hipotálamo y la hipófisis, que son los que se encargan de nuestras secreciones hormonales endocrinas, se desajustan. Esta teoría se une a la cronobiología, que enseña que con la edad los ritmos biológicos se ven perturbados.

El ser humano es un sistema abierto en interacción constante con su entorno. Por tanto, a pesar de algunas constantes, las consecuencias del envejecimiento serán diferentes de un individuo a otro en función de su herencia, de su historia personal, de su contexto de vida. Es importante tener en cuenta que es un ser biológico, psicológico, social y que las consecuencias del envejecimiento deben ser abordadas en todas esas dimensiones que interfieren entre sí. Entre algunas de las modificaciones biológicas ligadas a la senescencia se contemplan las descritas a continuación.

En la función locomotriz, la persona mayor tendrá dificultad para moverse, para mantenerse en una postura correcta así como preservar el equilibrio. Varios son los fenómenos que intervienen, pero los más determinantes son:

- pérdida de la masa muscular
- degeneraciones de los cartílagos y pérdida de la elasticidad de los ligamentos y tendones
- modificación del metabolismo óseo con aparición de osteoporosis, especialmente por carencia cálcica
- alteración de las funciones de mando y regulación
- deformación ósea a la altura de los pies que conlleva inestabilidad al caminar

En la función de mando y regulación, el envejecimiento se acompaña de una disminución de los neuromediadores y del capital neuronal de que dispone el individuo en el momento del nacimiento, puesto que las células neuronales no se dividen.

Este fenómeno ocasiona perturbaciones importantes en las transmisiones y en los rendimientos de los órganos sensoriales, que se expresan de la siguiente manera:

- disminución de la audición y agudeza visual
- disminución de las reacciones a los estímulos, ya sean de tipo intelectual, psíquico y físico
- descenso de los rendimientos mnémicos y de las facultades de aprendizaje de nuevos procesos
- sensibilidad al estrés agudo, especialmente en lo que respecta al estrés debido a cambios en el modo de vida

Es importante tener en cuenta que los circuitos sinápticos son requeridos por los diversos aprendizajes a los que está sometido el individuo. En ausencia de estímulos están destinados a degenerar; de ahí el interés de mantenerlos, hasta el final de vida.

En la función cardiocirculatoria, el corazón es un músculo que también soporta de manera natural una pérdida de masa muscular progresiva que afecta las fibras de dicho órgano. La regulación de la tensión arterial por el sistema nervioso vegetativa decae y los cambios bruscos de posición exponen al sujeto mayor a malestares provocados por la hipotensión. Es importante que cualquier individuo de cualquier edad puede comenzar una actividad corporal si esta dirigida correctamente.

Los efectos del envejecimiento de la función respiratoria, al estar estrechamente ligada a la función cardíaca, repercuten automáticamente sobre esta última:

- los pulmones están menos oxigenados y en compensación la pérdida de elasticidad, del tejido pulmonar conlleva una disminución de las capacidades del pulmón para abastecer de oxígeno a los diferentes organismos
- las modificaciones musculoesqueléticas conllevan una rigidez de la caja torácica que entorpece sus posibilidades de expansión y la capacidad de almacenar el aire durante la inspiración y para soltar el gas carbónico durante la espiración
- el árbol respiratorio se vuelve también más sensible a las infecciones

En lo que se refiere a la función digestiva, la integridad de los órganos de la función de nutrición es por lo tanto primordial:

- los dientes: una mala dentadura, la modificación de la consistencia de la saliva
- el estómago, el páncreas, el hígado; las secreciones de estos órganos se reducen y tienen un papel preventivo en infecciones digestivas. Las secreciones también son necesarias para favorecer el deseo de comer estimulando todos los sentidos.

En la función urinaria, la filtración renal se ve disminuida, la hipertrofia prostática es frecuente y los esfínteres se sueltan. A la vez que favorecen una buena postura, mantener la actividad física ayuda a la eliminación y también que los riñones estén irrigados. El tono muscular de los músculos pélvicos favorece asimismo la continencia, especialmente en las mujeres.

La calidad de vida en la vejez es un fenómeno complejo y un concepto multidimensional. Se refleja en diversas definiciones aplicables a la vejez y a cualquier otra fase del desarrollo humano. Mc Dowell y Newel definieron la calidad de vida como la adecuación de las circunstancias y de los sentimientos de las personas respecto a dichas circunstancias.

Los elementos esenciales de las repercusiones físicas y las conductas ligadas a los cambios del envejecimiento como: encerrarse en si mismo, desinterés por el entorno, dificultad de adaptación y la sensibilidad en el estrés.

Hemos precisado que la persona un sistema abierto en integración con el entorno, es importante que el comportamiento del individuo desde el punto de vista sociológico y entonces recordaremos que el lugar otorgado a las personas mayores difieren según las culturas e incluso según los contextos económicos.

El mantenimiento en los procesos crónicos incapacitantes es el deterioro en la vejez se ve reflejado a la inactividad⁴, en lo físico que se evidencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria, se realizan más lenta o no las hacen por eso se ve la necesidad de la creación de programas que tienen objetivos planteados para mantener y mejorar la movilidad, la fuerza muscular y los cambios de postura, para esto se crea una rutina diaria para mejorar notablemente la calidad de vida de la anciana.

Los programas específicos de mantenimiento de Terapia Ocupacional son de especial importancia para el mantenimiento de la máxima independencia funcional posible de los ancianos institucionalizados, quienes están amenazados por un incremento de los niveles de dependencia.

Las áreas más importantes en las que se suelen centrar los programas de mantenimiento de Terapia Ocupacional incluyen: vestido, comida, aseo, actividades de ocio, cuidados posturales, deambulación, comunicación, ejercicio y movilidad en general.

⁴ Duarte M. Pilar, Torres, Pedro, TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRIA. PRINCIPIOS Y PRACTICA, 2da edición. Editorial MASSON 2004 3394p.

Los programas de atención a la demencia serán la intervención desde la Terapia Ocupacional se basará en una minuciosa valoración de la situación funcional, cómo el deterioro cognitivo generado por la enfermedad que afecta a la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria y cómo altera la independencia del anciano, creando problemas tanto al paciente como al entorno.

De este modo, las tareas o actividades que deben realizarse, se seleccionaron y modificaron de acuerdo con las habilidades cognitivas del paciente. El terapeuta ocupacional, valorará que clase de asistencia es necesaria para obtener las mejores respuestas del anciano y la anciana en cada caso. Las adaptaciones se realizarán con el objetivo de mejorar la capacidad funcional y promover la autoestima, la dignidad, la autonomía en definitiva, la calidad de vida del anciano con demencia⁵.

La demencia senil suele comenzar a partir de los setenta años, muchas veces en forma de cambios de carácter, con irritabilidad, falta de sensibilidad, ética y desinhibición instintiva. Aparece un síndrome psicoorgánico, con reducción de todas las funciones psíquicas, predominando los trastornos de la atención, con desorientación, labilidad afectiva y debilidad de juicio. Estos síntomas engendran desconfianza, delirio de persecución, de prejuicio. Las depresiones y los estados confusionales pueden complicar el cuadro.

La demencia senil es el resultado de un deterioro cerebral. Se debe de distinguir bien una enferma senil de una enferma geriátrico. La geriátrica mentalmente es normal; en cambio la senil no tiene conciencia de

⁵ Choque, Stella y Jacques, ACTIVIDADES DE ANIMACION PARA LA TERCERA EDAD, 1ra. Edición, Editorial Paidotribo, España, 2006, 24pp.

enfermedad y sus síntomas son una exageración de la sintomatología del enfermo geriátrico, lo cual hace variar considerablemente el cuadro sintomatológico del enfermo. Con el enfermo geriátrico el objetivo fundamental es el de ayudarlo a que haga el mejor uso posible de su vida, con tanta independencia como sea posible. En cambio, en una enferma senil los primeros objetivos son el de lograr que esté mental y corporalmente tranquila.

Durante las primeras fases o etapas de la evolución de una demencia senil, el/la enfermo (a) puede ser asistido (a) y tratado (a) en el departamento de Terapia Ocupacional, pero cuando la enfermedad progresa, su dependencia será por otras personas, la incontinencia, la confusión mental; serán causas que originarán dificultades con otros enfermos y por consiguiente será preferible tratarles en la unidad donde resida el/la enfermo (a), en grupo con otros pacientes. El tratamiento fundamentalmente se dirige a aliviar la ansiedad, originada por su confusión mental y a conservar las buenas costumbres que al enfermo le quedan. También se debe intentar conservar el estado físico de una forma satisfactoria, para lo cual realizaran los ejercicios físicos, no debiendo de olvidar que el/la enfermo (a) senil esta débil y no resiste muchos esfuerzos.

Dada la desorientación del enfermo, el cual no reconoce sitios, ni personas, e incluso no se ven objetivos a seguir, será preciso tratar al enfermo cada día, como si ingresara por primera vez.

Estos enfermos son incapaces de aprender actividades nuevas y entonces se deben de aprovechar aquellas actividades que ellos aprendieron de jóvenes. En la elección de actividades se deberá tener

muy en cuenta el estado físico del enfermo, como es su vista, su oído, el estado de su corazón y dentro de la actividad elegida y ya conocida pero no recordada por el enfermo, puede ser necesario enseñarle el proceso cada día; pero si lo olvida, no debe de exigírsele que lo recuerde, porque ello podría aumentar la ansiedad. Las mejores actividades prácticas para las mujeres son: costura, punto, ganchillo, trabajos en rafia, remendando ropa, realizando simples tareas domésticas (poner la mesa, preparar condimentos de cocina, etc.) quitar el polvo, sacar brillo, etc. son actividades que les satisfacen, siempre que no les exija trabajar rápido o con un horario muy rígido.

También será necesario establecer unas buenas costumbres de aseo personal, aunque sin forzarle, con el objeto de establecer una rutina para cada enfermo/a dentro de sus capacidades, dándole de esta forma un sentido mayor de seguridad y familiaridad. En general, estas costumbres de aseo personal son función del personal de enfermería, pero la Terapia Ocupacional tiene que ayudar a su mejor realización y perfeccionamiento.

Como la demencia senil es una condición irreversible y progresiva, el/la enfermo/a ha de pasar por varias etapas de su enfermedad, haciendo que esté menos habilidoso y cada vez más inestable emocionalmente. El/la terapeuta tiene como misión ayudar a funcionar a la persona lo mejor posible que se pueda, pero deberá observar y calcular bien las variaciones que la enfermedad origina, en su estado físico y mental, al objeto de que el/la terapeuta modifique las actividades a aplicar según el estado real del paciente, evitando que pueda hacer actividades de mayor exigencia que para las que está capacitado, lo cual aumentaría su ansiedad.

Por lo general en el tratamiento de la demencia senil los objetivos serían los siguientes:

1. Ayudar a la persona a aliviar su ansiedad
2. Ayudar a la persona a que conserve buenas costumbres personales
3. Ayudar a la persona a que mantenga un estado físico aceptable

La Terapia Ocupacional y Recreativa (T.O.R.) descansa en la utilización de las actividades como medio de tratamiento, con una meta mínima de mejorar la calidad de vida y una máxima de completar la rehabilitación o habilitación para una plena incorporación y un desarrollo satisfactorio en la sociedad.

Los primeros antecedentes (de la T.O.R.) se encuentran en Oriente, en el año 2600 A.C. en China ya se hacía uso especial del ejercicio físico y en Egipto en el año 2000 A.C. también se hacía un uso de la actividad física para favorecer la salud, y no meramente como diversión (Durante, 1998).

Los componentes cruciales del tratamiento moral de Pinel, a principios del siglo XIX, centrado en la oración, las manos y mentes ocupadas son elementos claves para la rehabilitación. La ociosidad se consideraba un factor que contribuía a la incapacidad psiquiátrica. Con la llegada de los hospitales de larga estancia, a finales del siglo XIX, los Programas de Terapia Ocupacional decayeron a favor del modelo de Tratamiento Institucional. Los Programas de Terapia Ocupacional volvieron a captar la atención profesional a mitad del siglo XX, por los resultados obtenidos en Gran Bretaña que indicaban que se podía mejorar el tratamiento del

paciente, reducir los efectos de los síntomas psicóticos y proporcionar una actividad productiva.

Los griegos, desde Escolapio (600 a.C.) en la ciudad de Pérgamo, hasta Pitágoras, Tales de Mileto y Orfeo (600 a. C. - 200 a.C.), utilizaron las canciones, la música y la literatura como medio terapéutico. Hipócrates recomendaba la lucha libre, la lectura y el trabajo con el fin de mantener y mejorar el estado de salud.

Cornelio Celso, en Roma, 14-37 A.C. recomendaba la música, la conversación, la lectura, el ejercicio hasta el punto de la fatiga, los viajes e incluso un cambio de escena para mejorar las mentes trastornadas.

Durante la Edad Media (Siglos XIV y XV) apenas se desarrolla la idea del uso de la ocupación con fines terapéuticos y hay que esperar para ello al Renacimiento, con el resurgir de todas las ciencias, entre los años 1250 y 1700 el interés científico se dirigió hacia el análisis del movimiento tomando nota especial del ritmo, la postura y el gasto de energía.

La Terapia Ocupacional "es el arte y la ciencia de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, fortalecer y mejorar el desempeño, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones especiales para la adaptación y productividad, disminuir y corregir patologías, promover y mantener la salud. Se interesa fundamentalmente en la capacidad, a lo largo de la vida, para desempeñar con satisfacción para sí mismo y otras personas aquellas

tareas y roles esenciales para la vida productiva, el dominio de sí mismo y el ambiente”⁶.

La Terapia ocupacional (T.O.) es definida por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional en 1968 como "El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales".⁷

La T.O llega a España en 1961, cuando los médicos Cecilio González Sánchez, Heliodoro Ruiz García y Manuel Oñorbe Garbayo, pioneros y adelantados de la Medicina Física y Rehabilitación, ponen en funcionamiento la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO) en el Dispensario Nacional de Rehabilitación de Madrid. Sin embargo, fue la terapeuta ocupacional cubana y Comisionada de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Mercedes Abella, quién comenzó a impartir las asignaturas específicas de T.O.

Los primeros usos de la Terapia Ocupacional, es la disciplina socio-sanitaria que utiliza la ocupación como método terapéutico. Tiene como objetivo la instrumentación de las ocupaciones para el tratamiento de la salud humana. El/la terapeuta ocupacional trabajan por el bienestar biopsicosocial, asistiendo al individuo para que alcance una actitud activa respecto a sus capacidades y pueda modificar sus habilidades disminuidas. La Terapia Ocupacional busca que una persona con algún

⁶ Ídem

⁷ Ídem

tipo de limitación física o psíquica pueda tener una vida independiente y valore su propio potencial. Puede ayudar en el tratamiento de lesiones cerebrales y de la medula espinal, enfermedad de Parkinson, parálisis cerebral, debilidad en general y en la rehabilitación de todo tipo de fracturas. Cabe destacar que la ocupación no debe entenderse como trabajo o empleo, si no como todas las tareas en las que el paciente se ocupa. Estas ocupaciones varían con la edad: la intervención de los terapeutas en personas de la tercera edad varía dependiendo del nivel de deterioro que el usuario presente y de las capacidades y habilidades que éste ha perdido o las que no ha perdido por completo.

Se encarga además de la prevención, el diagnóstico funcional, la investigación y el tratamiento de ocupaciones cotidianas en diferentes áreas, como el cuidado personal (alimentación e higiene), el esparcimiento (recreación y actividades lúdicas) y la productividad (las actividades escolares o laborales). Respecto de los campos de actuación propios de la Terapia Ocupacional:

1. Discapacidades físicas y sensoriales	7. Discapacidad Intelectual
2. Drogodependencia	8. Rehabilitación laboral
3. Educación	9. Salud mental
4. Geriatria	10. Trastornos neurológicos
5. Marginación social	11. Trastornos postquirúrgicos
6. Pediatría	12. Intervención comunitaria

En los inicios de la profesión el Dr. Adolf Meyer psiquiatra que trabajo a finales del Siglo XIX y principios del Siglo XX, proporcionó a la Terapia Ocupacional una base filosófica sobre la cual pudo crecer. Meyer creía que los ritmos de la vida (trabajo, juego, descanso y sueño) debían mantener un equilibrio y que este se conseguía por el hacer y la práctica habitual, con un programa de vida saludable como base para un sentimiento o emoción saludable.

El Dr. William Rush Dunton considerado como el padre de la profesión, como psiquiatra en 1895, ya utilizaba la terapia ocupacional como tratamiento de los pacientes mentales y en 1919, estableció un credo para los terapeutas ocupacionales:

- La ocupación es tan necesaria para la vida como el comer y el beber
- Todo ser humano debe tener ocupación física y mental
- Todos han de tener ocupaciones en las que practicar o distraerse. Éstas son las más necesarias cuando la vocación está apagada o es poco grata
- Todo individuo debe tener, al menos, dos entretenimientos: uno interior y otro exterior. Un gran número de ellos ampliara los intereses y la inteligencia
- Las mentes, los cuerpos y las almas enfermas pueden sanar a través de la ocupación

La Primera Guerra Mundial trajo consigo el entrenamiento de los "Auxiliares de Reconstrucción", en julio de 1921 se graduaron 1685 y fue en ese tiempo cuando la Terapia Ocupacional empezó a introducirse en el terreno científico, relacionado con el tratamiento de la incapacidad

física. Específicamente fueron utilizados por primera vez dispositivos, técnicas y métodos como el análisis cinesiológico de las actividades, el desarrollo de elementos para medir la fuerza y el grado de movilidad y el diseño de piezas del equipo adaptadas para ayudar a ejecutar movimientos específicos destinados a incrementar la fuerza y el grado de movimiento. El programa de rehabilitación⁸, requiere el compromiso de todo un equipo, pues a través de los esfuerzos de un equipo interdisciplinario se pueden coordinar los programas específicos para obtener los resultados deseados. El terapeuta ocupacional valorará específicamente la capacidad funcional para la realización de las actividades cotidianas, la función cognitiva y la capacidad actual de adaptación al medio para desarrollar el programa individual de tratamiento.

El adulto mayor, ha de tener conocimiento de los beneficios que puede aportarle el programa de rehabilitación; necesita tener la sensación de pertenencia al propio programa y al equipo, participando activamente en todos los pasos indicados para el establecimiento de dicho programa. El terapeuta ocupacional actuara en dos niveles los cuales son: nivel individual y grupal.

A nivel individual:

- Evaluando la situación funcional, necesidades y deseos del paciente

⁸ Corregidor S. Ana Isabel, TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRIA U GERONTOLOGIA. BASES CONCEPTUALES Y APLICACIONES PRÁCTICAS, 3ra. Edición, Editorial Ergon Arboleda, Madrid, 2010.

- Estableciendo metas y objetivos
- Estableciendo el plan terapéutico
- Aplicando las técnicas específicas apropiadas
- Facilitación de dispositivos de ayuda, férulas
- Modificación del entorno
- Modificación/ reestructuración de las AVD
- Evaluación del programa y de los resultados obtenidos
- Entrenamiento del personal para favorecer el proceso

A nivel de grupo:

- Planificación de actividades grupales en torno a objetivos comunes
- Modificación del entorno
- Entrenamiento/ formación del personal

La Terapia Ocupacional en Guatemala surge en el año de 1955, iniciando con la formación de recurso humano por la gestión del Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez. La primera terapeuta ocupacional fue la fisioterapeuta Telma de Avendaño, especializada en Terapia Ocupacional, en Estados Unidos convirtiéndose en la primera egresada en Terapia Ocupacional en Guatemala. Ella se convierte en la primera instructora dentro de la Escuela Nacional de Terapia Física, Ocupacional y Especial e inicia el servicio en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. La terapeuta ocupacional Argentina Carmen Rosa Carnevale, llega a Guatemala en diciembre de 1967, siendo pionera en la formación de Terapeutas Ocupacionales en la Escuela Nacional de Terapia Física, Ocupacional y Especial, hasta el año 1969. La carrera de Terapia Ocupacional y Recreativa (TOR)

actualmente se imparte en la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala fue fundada en el año 1976 por el Licenciado Mario Ricardo Pellecer, la fisioterapeuta Miriam Colom, el Licenciado Raúl Moraga y el Licenciado Luis Rodolfo Jiménez, siendo ellos los primeros docentes de la especialidad.

En la presente propuesta, el Programa de Terapia Ocupacional para la Rehabilitación Neurocognitiva utilizó la siguiente metodología de trabajo:

- ✓ Todas las sesiones tendrán una estructura fija, ya sean a nivel grupal o a nivel individual
- ✓ Presentación al grupo de las técnicas y procesos que se van a trabajar
- ✓ Explicación de la tarea, con ejemplos para ofrecer un modelo que se adecúa a la capacidad de los participantes
- ✓ Ejecución: facilitación y reforzamiento de la actitud positiva y los logros
- ✓ Puesta en común y generalización: relacionar lo aprendido con su utilidad en la vida diaria para promover la aplicación práctica de cada técnica
- ✓ En el Programa de Terapia Cognitiva se trabajará de manera específica sobre los procesos y funciones cognitivas afectadas, memoria, atención y orientación personal, temporal y espacial
- ✓ Se trabajará en grupos de cinco personas, organizadas según el deterioro que presentan. Se harán tres grupos, uno el grupo avanzado cuyo deterioro cognitivo es debido al envejecimiento, un grupo medio que presentan un ligero deterioro cognitivo, y un grupo básico, que presenta mayor deterioro. Se combinará la dinámica grupal y las tareas individuales

- ✓ En principio se va a trabajar con fichas cognitivas individuales, tras la explicación del Terapeuta Ocupacional de forma individual respecto a lo que tiene que hacer cada uno por si surgen problemas o dudas. Con las fichas se trabaja la memoria, la atención y todos los procesos necesarios para mejorarlas, como estimulación sensorial, atención voluntaria, estructuración, lenguaje, categorización
- ✓ Para la orientación a la realidad se interviene en dos niveles, mediante la estructuración de la información que recibe cada uno sobre sí mismo y de su entorno

Los programas de actividades que se trabajaron en la propuesta se hicieron con el propósito de organizar en forma estructurada las diversas actividades de las Áreas de Trabajo: Funciones Cognitivas, Activación y Reminiscencia, Gerontogimnasia, Psicomotricidad, Relajación, Actividades Terapéuticas Manuales y Jardinería.⁹

Las funciones cognitivas que se incluyen para el mantenimiento de la facultad de atención y la capacidad de concentración, son actividades que permiten la focalización de la percepción en lo que es importante para dicha ejecución y se caracterizan por dos aspectos:

- Un nivel de activación que determina la calidad de las informaciones percibidas en función de la complejidad de la situación
- Una facultad de selección (atención selectiva) que determina la calidad de las informaciones.

⁹ Corregidor S. Ana Isabel, TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRIA Y GERONTOLOGIA. BASES CONCEPTUALES Y APLICACIONES PRÁCTICAS, 3ra. Edición, Editorial Ergon Arboleda, Madrid, 2010.

La atención es la primera etapa de la concentración que es una aptitud que se puede trabajar y desarrollar. Se proponen diferentes técnicas de concentración que podrán integrarse en diferentes actividades de la vida cotidiana. De manera metódica los ejercicios posibles que se proponen son los objetos externos, objetos internos, posiciones funcionales y movimientos corporales.

- La atención a la respiración permite un control de las emociones perturbadoras
- Conciencia del propio estado corporal y de la apariencia física
- Conciencia de las tensiones desde su aparición, para poder remediarlas con rapidez
- Evitar ponerse en peligro al trasladarse de un lugar a otro
- Favorecer la comunicación con otras personas de su entorno
- Atención y concentración en cualquier nueva actividad aprendida

La memoria es una capacidad mental que permite almacenar información y datos que la persona utiliza en diversas situaciones, algunas personas piensan que si la memoria no se utiliza, esta se desgasta.

El mantenimiento del dinamismo de la persona mayor y la motivación a su autonomía, también permitirá comprender su historia de vida, para así establecer mejor sus intereses tanto en lo afectivo como lo psíquico, con el fin de desarrollar su potencial con mayor eficacia en su vida cotidiana. La memoria consta de tres fases de la función mnésica:

- Memoria sensorial o inmediata: recogida de la información
- Memoria a corto plazo o memoria primaria temporal: la información se estructura y organiza, se fija, la consolidación de la

información integrada a datos adquiridos ulteriormente

- Memoria a largo plazo o memoria secundaria: la información se almacena, la retención es permanente. Existen tres subtipos en esta: la memoria episódica, memoria semántica y la memoria procedimental o memoria de trabajo

En el proceso de memorización la información se recoge, desarrolla actividades sensoriales: auditivas, visuales, olfativas, cinestésica y de una actividad voluntaria.

Por tanto se harán ejercicios de estimulación sensorial y aprender a domesticar la atención para que se convierta en algo voluntario y selectivo, es decir, el aprender a concentrarse. En la segunda fase la información recogida se organiza, se estructura y se fija. Esta memoria es deferida a corto plazo, o memoria primaria permite conservar y restituir una información durante un periodo de 30 segundos a 2 minutos. La tercera fase se almacena la información archivada en la memoria diferida a largo plazo o memoria secundaria.

Hemos de definir claramente que la reminiscencia es "el recuento de una cosa olvidada". Platón presenta la teoría de la reminiscencia como la noción fundamental en la teoría del conocimiento en afirmar que el conocimiento en el hombre es innato; que el alma del ser humano conoce ya la verdad antes de encarnarse en el cuerpo, y que la tarea del hombre en la vida es ir recordando todas las cosas que su alma ya conocía, las cuales, como consecuencia del proceso de envejecimiento, van siendo olvidadas.

De esta forma, no es posible para el hombre ampliar sus conocimientos, puesto que éstos se encuentran en él desde su nacimiento, sino tan sólo sacarlos a la luz, recordarlos, y esto es lo que llamamos "aprender".

El proceso de reminiscencia, es un proceso dialéctico que viene posibilitado por dos posibles recursos; en primer lugar, la percepción sensible de las cosas en este mundo trae al hombre el recuerdo de las cosas verdaderas (ideas) que pueblan el mundo inteligible en el que previamente habitaba el alma. Así puede el hombre recordar algunas primeras verdades; después, y puesto que en el mundo de las ideas éstas se encuentran jerarquizadas y relacionadas entre sí, el individuo puede ir recordando el resto de las ideas mediante un proceso de reflexión intelectual.

En este camino hacia el recuerdo de la verdad, el ser humano atraviesa por dos estados principales: la doxa ("opinión"), estado de conocimiento que le lleva a tomar como verdaderas las cosas que percibe por los sentidos, y la episteme ("ciencia"), estado en el que es ya capaz de aprehender mediante la razón las ideas verdaderas, de las cuales constituyen meras copias las cosas sensibles. La dialéctica es para Platón este ascenso de las cosas sensibles (objetos materiales percibidos con los sentidos) a las inteligibles (ideas inmateriales aprehendidas mediante la razón).

La teoría de la reminiscencia defiende la que el alma vive sin el cuerpo en el mundo de las Ideas, percibe las distintas Ideas y sus relaciones, se encarna, olvida dicho conocimiento y gracias a la

intervención de un terapeuta, consigue rememorar ese conocimiento olvidado. Podemos puntualizar las funciones de la reminiscencia y porqué contribuye para un buen envejecer diciendo que:

- Favorece la integridad
- Refuerza la identidad y aumenta la auto-estima
- Permite mantener habilidades físicas y cognitivas
- Se logra la independencia
- Ayuda a mantener la memoria
- Favorece la integridad porque relaciona lo vivido, el pasado al presente constituyéndose así en una vivencia de continuidad, de historia de vida
- Integra el pasado y hay una reconciliación con la vida que tocó vivir, evitando así una excesiva añoranza por lo no vivido
- Se le encuentra significado y propósito a la vida
- Se logra la integridad que es una de las características del buen envejecer
- Refuerza la identidad y aumenta la auto-estima

Identidad es la vivencia del propio yo, una unidad que nos distingue de los otros, es lo que nos hace singulares y como nos reconocemos a nosotros mismos. Uno se visualiza como único a través de la vida, se reconoce entonces en el/la niño/a y el/la joven que fue, en el/la adulto/a que creció y ahora en el/la adulto/a mayor en una nueva etapa de la vida. Tendemos a mantener la identidad a través de los múltiples cambios que sufrimos a través de la vida, tendemos a sentirnos los mismos aunque cambie el cuerpo, nuestra forma de pensar, nuestros roles, nuestro lugar en la sociedad. La reminiscencia ayuda a reforzar la

auto-estima porque se recuerdan hechos en donde se tenía mayor vitalidad, en donde se pone de manifiesto todo lo que se hizo y se lo reconoce como propios.

AREAS DE TRABAJO	
• Terapia Cognitiva	• Actividades Terapéuticas Manuales
• Gerontogimnasia	• De Ocio y Actividades Recreativas
• Psicomotricidad y relajación	• Jardinería

Área Cognitiva. Esta consiste en el mantenimiento y estimulación de las funciones mentales superiores: memoria, atención, percepción, coordinación visomotora, psicomotricidad fina y gruesa, orientación temporo-espacial, comunicación verbal, pensamiento lógico y abstracto.

OBJETIVO PRINCIPAL	TECNICAS
Mantener las funciones mentales superiores durante el mayor tiempo posible para evitar el deterioro de las mismas.	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de orientación personal, temporal y espacial. • Técnicas de reminiscencia. • Técnicas de estimulación de la memoria. • Fichas cognitivas, percepción, lecto-escritura.

Área de Activación y Reminiscencia. Es un servicio ofrecido a las personas que no pueden mantener un modelo satisfactorio de actividad de forma independiente, con el fin de motivarles y proporcionarles la oportunidad de desarrollar y acrecentar sus intereses¹⁰.

¹⁰Choque, Stella y Jacques, ACTIVIDADES DE ANIMACION PARA LA TERCERA EDAD, 1ra. Edición, Editorial Paidotribo, España, 2006, 89-126 pp.

OBJETIVO PRINCIPAL	TECNICAS
Incrementar la calidad de vida de los residentes, proporcionándoles oportunidades para la participación en actividades saludables y satisfactorias, basadas en los antecedentes, los intereses y las necesidades de los residentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades cognitivas • Actividades de artes manuales • Actividades de recreación • Destreza y coordinación

Área de trabajo de la Gerontogimnasia. Es un programa que consigue mantener, o incluso mejorar, todas las cualidades físicas, en particular la fuerza y el control muscular, el equilibrio y la resistencia. Favorece también la integración del esquema corporal y en la mayoría de los casos, mejora las habilidades de autocuidado, consiguiendo un incremento de la autonomía y de la calidad de vida.

OBJETIVO PRINCIPAL	TECNICAS
Este programa consigue mantener y mejorar, todas las cualidades físicas, en particular la fuerza control muscular, el equilibrio, la resistencia, la integración del esquema corporal, mejora las habilidades de autocuidado y el incremento de la autonomía.	<ul style="list-style-type: none"> • Gimnasia inicial • Gimnasia al aire libre • Gimnasia rítmica • Gimnasia con objetos

Área de trabajo de la Psicomotricidad y Relajación. Es una técnica corporal que a través del cuerpo humano y del movimiento trata de conseguir que la anciana tome conciencia de las capacidades motoras, cognitivas y relacionales. Este programa pretende mermar determinadas patologías que presentan las ancianas o al menos un mantenimiento general.

OBJETIVO PRINCIPAL	TECNICAS
Mantener la conexión entre el cuerpo y la mente donde la anciana tenga una imagen adecuada de sí misma, la resocialización de la persona y el aumento la comunicación entre los demás.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación hacia la realidad • Reminiscencia y repaso de la vida • Integración de las funciones cognitivas superiores: memoria, atención, juicio, etc • Orientación tiempo-espacio • Organización motriz (lateralidad, coordinación, dinámica general y estática) • Esquema corporal • Técnicas de respiración y relajación

Área de trabajo de las actividades de ocio y las actividades recreativas.

Será lo encaminado a recuperar capacidades cognitivas mediante el recreo y actividades que sirven de distracción al usuario. Además es un complemento al Programa específico de Terapia Cognitiva.

OBJETIVO PRINCIPAL	TECNICAS
El objetivo general es estimular capacidades cognitivas a través de actividades que además de servir de diversión el usuario fomentan sus relaciones sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Cartas con diferentes ambientes, memoria de objetos (de la vida cotidiana), rompecabezas, dominó. • Actividades de cocina (comidas) • Lanzamiento de aros • Jugando a hacer torres • Elaboración de instrumentos musicales

Área de trabajo de la Jardinería. Tiene una dimensión simbólica muy fuerte pues representa en la mayoría de civilizaciones y tradiciones, el paraíso o la representación del cosmos, que es un lugar de expresión de la evolución física del individuo y el lugar en que se exprese la vida en toda su diversidad, al ritmo de las estaciones del año. Cuando se trabaja la jardinería se deberá tener en cuenta los materiales, espacio, personas, clima, aptitudes de las personas.

OBJETIVO PRINCIPAL	TECNICAS
<p>Realizar actividades manuales de naturaleza terapéutica, que resulten agradables y relajante. Mantener y mejorar las habilidades de los miembros superiores.</p> <p>Eliminar la tensión y reducir la inactividad inactividad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de macetas con arboles ornamentales • Elaboración de matas de maíz

Área de trabajo de las Actividades Terapéuticas Manuales (ATM). Es un programa que busca la ocupación por medios de actividades terapéuticas manuales con fin terapéutico, además refuerza el programa de Terapia Cognitiva.

OBJETIVO PRINCIPAL	TECNICAS
<p>El objetivo general es brindar nuevas actividades que le estimulen y descubran nuevas destrezas e intereses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mosaicos • Murales • Elaboración de ATM (Mat. Desechos)

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1. Técnicas

2.1.1 Descripción de la muestra

La investigación que se realizó en el Asilo de Ancianas “Nueva Esperanza”, ubicado en el km. 11.5 antigua Carretera a San Pedro Ayampuc se realizó con 14 personas de la tercera edad distribuidas de la siguiente manera: 2 personas de 50 a 60 años de edad una de ellas con un problema de Retraso Mental, 1 persona comprendida entre 61 a 70 años de edad, 4 personas entre 71 a 80 años, 5 personas de 81 a 90 años de edad y 2 personas comprendidas entre los 91 y 100 años de edad, todas de sexo femenino; originarias de diferentes departamentos de Guatemala. La población que participó en la investigación tiene un promedio de 12 años de permanecer en el Asilo de Ancianas “Nueva Esperanza”, todas carecen de vínculos familiares debido a diferentes circunstancias, entre ellas abandono y otras porque nunca formaron una familia.

2.2 Instrumentos para la Recolección de Datos

Se elaboraron dos instrumentos para la recolección de información:

- El primer instrumento de evaluación tiene como característica importante que evalúa todas las áreas en dos momentos, una pre-evaluación y una post-evaluación, que permiten evidenciar avances o limitaciones en la funcionalidad neurocognitiva de las ancianas.

Evaluación Neurocognitiva	Consta de seis áreas a evaluar, la primera es el nivel de conciencia esta subdivido en siete incisos de la "a" a la "g" en orden alfabético, esta área busca evaluar los niveles de cognición, como orientación con respecto a si mismo, orientación en tiempo y espacio, también la conciencia con respecto a otras personas, lenguaje y memoria, se califica por medio de "Responde (R)", o "No Responde (NR)".
Actividades De La Vida Diaria	Consta de 14 ítems, esta área busca evaluar el desarrollo de la vida cotidiana, se califican por medio de tres criterios: "Independiente (I)", "Dependiente (D)" y "Semidependiente (SD)".
Psicomotricidad Gruesa	Consta de 5 ítems, está busca evaluar la funcionalidad al caminar, sentarse, levantarse, se evalúa utilizando tres criterios: "Funcional (F)", "Semifuncional (SF)" y "No Funcional (NF)".
Psicomotricidad Fina	Está sub dividida en tres áreas: garra, pinza y coordinación, para evaluar esta área se necesita utilizar tres criterios: "Funcional (F)", "Semifuncional (SF)" y "No Funcional (NF)"
Desplazamiento En Diferentes Direcciones	Dividida en 5 ítems, tiene como objetivo evaluar la funcionalidad que requiera orientación espacial y se evalúa de la siguiente manera: "Funcional (F)", "Semifuncional (SF)" y "No Funcional (NF)"
Manipulación	Se desglosa en 7 ítems y que tiene como finalidad evaluar la habilidad y destreza al utilizar diferentes objetos, se evalúa "Funcional (F)", "Semifuncional (SF)" y "No Funcional (NF)".

-El segundo instrumento relacionado a la Evaluación Funcional, tiene como finalidad evaluar las amplitudes articulares y la fuerza muscular de los miembros superiores, por segmentos: hombro, codo, muñeca, dedos y pulgar de ambas extremidades, el instrumento se debe utilizar con una evaluación inicial y una evaluación final que evidencia la evolución o deterioro de las extremidades superiores. Siendo el rango de movimiento de cada articulación de la siguiente manera.

SECCION	VALORACION
Hombro	Flexión 90°- Extensión 50°
Codo	Flexión 130°-Extensión 0°
Muñeca	Flexión Palmar 90° - Flexión Dorsal 70°
Dedos	Flexión 90° -Extensión 0°
Pulgar	Flexión 50° - Extensión 80°.

La fuerza muscular se evalúa con el criterio de Chequeo Muscular:

0	Carente de actividad a la palpación o la inspección visual
1	Contracción mínima del músculo y vestigios
2	Amplitud incompleta y eliminando la gravedad
3	Amplitud completa y en contra de la gravedad
4	Amplitud completa, contra la gravedad y moderada resistencia
5	Amplitud completa, contra la gravedad y máxima resistencia

2.2.1 Propuesta de Talleres

Se plantearon 14 talleres con los siguientes temas: gerontogimnasia, estimulación cognitiva, actividades terapéuticas manuales, actividades recreativas, psicomotricidad y relajación. Fue necesaria la creación de cinco programas para cada una de las áreas que se pretendían evaluar, tomando como criterio la participación o no participación en cada actividad desarrollada.

2.2.2 Técnicas y procedimientos de trabajo

La aplicación de los instrumentos de evaluación se realizó de forma individual con las participantes, indicando su nivel de capacidad neurocognitiva y la funcionalidad de los miembros superiores, por medio del chequeo muscular, goniometría y la entrevista como un medio para identificar el nivel cognitivo de cada una de las participantes.

La técnica de Observación Participativa permitió evaluar 14 talleres en donde se ejecutaron diferentes actividades para ver la participación de las ancianas del Asilo "Nueva Esperanza" donde se observan las socializaciones de las participantes y su interacción con las terapeutas.

La Goniometría se deriva del griego gonion=ángulo y metron=medición, es decir (disciplina encargada de estudiar la medición de los ángulos). La goniometría ha sido utilizada por la civilización humana desde la antigüedad hasta nuestro tiempo en innumerables aplicaciones, como la agricultura, la carpintería, la herrería, la matemática, la geometría, la física, la ingeniería y la arquitectura entre otras.

El Chequeo Muscular es un conjunto de técnicas reflejas, englobadas en una unidad temática, cuyo objetivo es obtener la información del propio cuerpo, apelando a la memoria celular, tanto la propia de cada célula como la del ADN, que representa todo el cuerpo, los testeos musculares empleados, representan la relación existente entre los hemisferios cerebrales, y su aplicación permite obtener respuestas globales regularizadoras.

La capacidad neurocognitiva es uno de los principales determinantes de la calidad de vida de los ancianos y es uno de los problemas asociados al envejecimiento más temidos. Este problema limita enormemente la habilidad del adulto mayor de vivir en forma independiente y productiva; la forma más frecuente de deterioro cognitivo es la demencia. Las cifras de demencia aumentan con la edad, en tal forma que la prevalencia se dobla cada 5 años de edad después de los 65 años, llegando a cifras superiores al 35% a la edad de 95 años.

La Entrevista sirve para obtener información acerca de las necesidades y la manera de satisfacerlas, así como consejo y comprensión por parte del usuario para toda idea o método nuevos. Por otra parte, la entrevista ofrece al terapeuta una excelente oportunidad para establecer rapport con el usuario, lo cual es fundamental en transcurso del estudio. La evaluación permite al terapeuta ocupacional determinar si el paciente derivado, es posible beneficiario de los servicios de terapia ocupacional, es decir, si puede incluirse dentro de los programas.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

3.1 Características y lugar de la población

3.1.1 Características del lugar

La investigación "Rehabilitación Neurocognitiva en la demencia senil a través de la Terapia Ocupacional en ancianas del Asilo "Nueva Esperanza" tiene como objetivo aplicar técnicas neurocognitivas en actividades ocupacionales, motivando a las ancianas a la integración, interacción y socialización, propiciando en ellas la autonomía, el desarrollo de un sentido de autovaloración con actividades participativas y dinámicas.

Recuperando y poniendo en práctica habilidades adquiridas a lo largo de su vida, para lograr dichos objetivos se realizaron 14 talleres en donde se utilizaron técnicas como la observación participativa, actividades recreativas, actividades manuales que facilitaron el logro de los objetivos dando resultados positivos.

Previo a este trabajo de aplicación de los talleres se realizaron evaluaciones de las habilidades físicas y mentales, fuerza muscular y amplitudes articulares de los miembros superiores que para estimar la capacidad funcional, independencia y autonomía de las participantes.

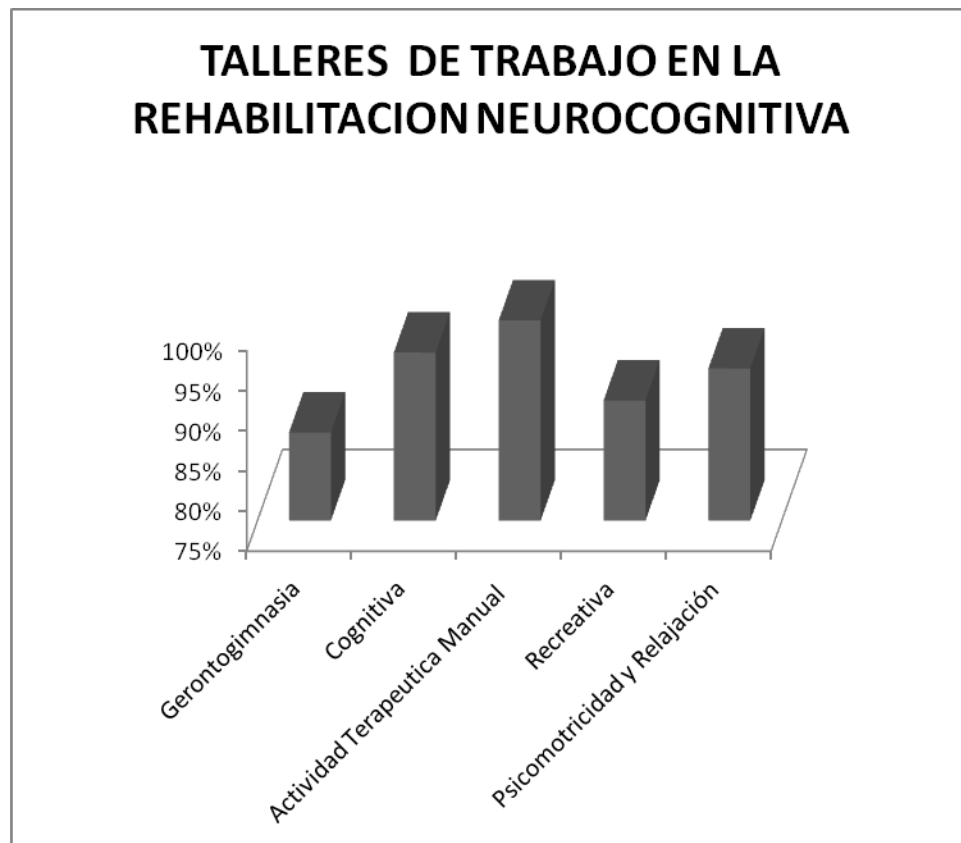
Se eligieron actividades con pertinencia a los objetivos de la presente investigación y adaptados a las capacidades potenciales de las ancianas del Asilo "Nueva Esperanza".

La iluminación del lugar es adecuada, la temperatura es regulada ya que la ubicación del Asilo es en un área montañosa, el espacio se encuentra equipado con aparatos de rehabilitación para miembros superiores, equipo de audio y televisor de fácil acceso, se cuenta con muy buena higiene del lugar como de las ancianas del asilo.

3.1.2 Resultados Obtenidos

3.2. Talleres

Gráfica No. 1



Fuente. Ejecución de Talleres de trabajo de Rehabilitación Neurocognitiva. Septiembre y Noviembre 2011. Asilo " Nueva Esperanza " .

GRÁFICA No. 1

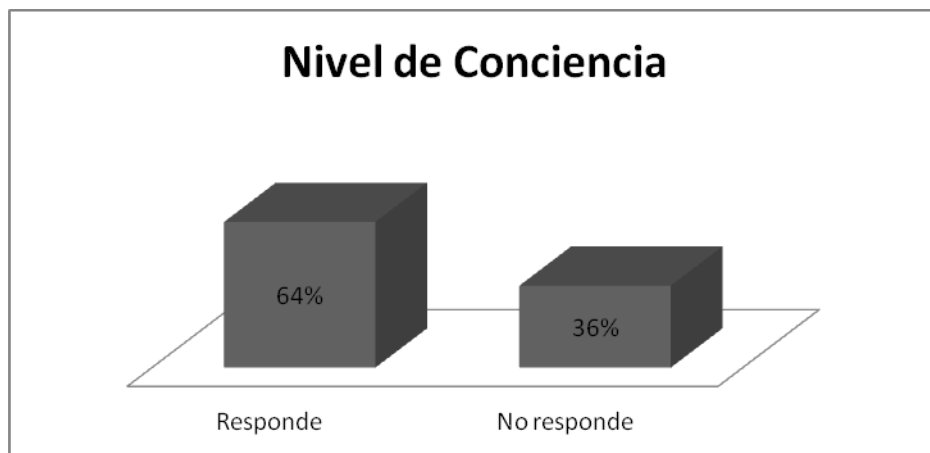
Interpretación:

- En los talleres de gerontogimnasia de la muestra se evidenció un porcentaje de participación del 86 %, lo cual indica que el 14% que no participó o no pudo realizar estas actividades debido a sus condiciones de salud y el deterioro físico en que se encuentra.
- En los talleres del área cognitiva de la muestra el 96% tuvo una participación activa en los talleres, lo que indica que el 4 % no participó porque las actividades propuestas fueron complicadas para realizar debido a sus condiciones lo cual limitaron la habilidad cognitiva y la destrezas para ejecutarlas.
- El 100% participó en los 4 talleres en el área de Actividades Terapéuticas Manuales, estos talleres se realizaron en octubre después de 2 meses de trabajo en el cual es notoria la motivación para participar.
- En los talleres del área de Actividades Recreativas, la participación fue de un 90 % en los talleres del total de la muestra por ser actividades de socialización y trabajo en equipo, ellas por la edad que presentan tiene menos empatía en la realización de las actividades recreativas.
- Para fortalecer el área de Psicomotricidad y Relajación se realizaron talleres, en los cuales se puede evidenciar la participación fue de 100% debido a que las actividades no requerían movimientos que implicaron usar mucha energía física y fueron de su agrado.

En conclusión de 5 talleres propuestos un 94.4 % de ancianas participaron en los mismos.

3.2.2 Evaluaciones

Gráfica No. 2

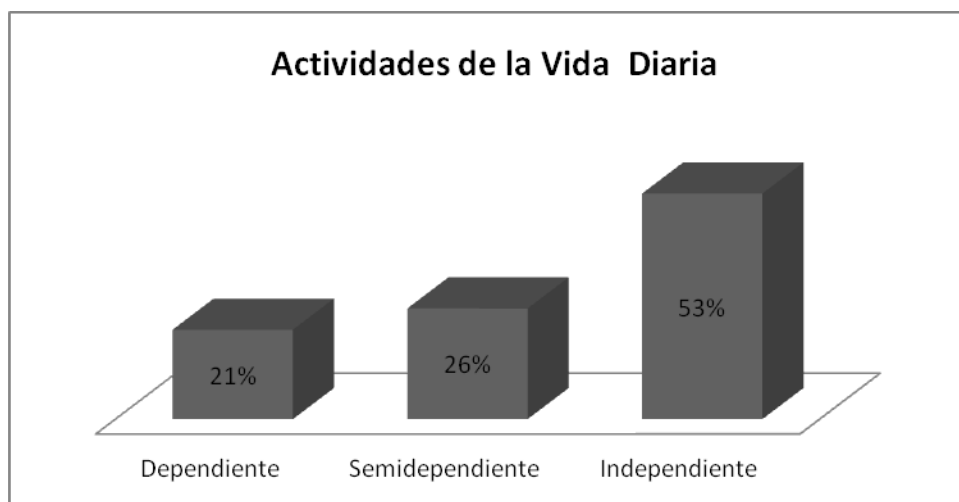


Fuente: Evaluación Neurocognitiva aplicada con ancianas del Asilo "Nueva Esperanza". Pre Evaluación septiembre 2011 y Post Evaluación Noviembre 2011.

Interpretación:

En la evaluación del Nivel de Conciencia se trabajó evidenciando un porcentaje del 64% que Si Responde y un porcentaje del 36% que No Responde a dichas preguntas del test en cuanto a la orientación con respecto de si mismo, orientación en el tiempo, orientación en el espacio, lenguaje y memoria, lo cual indica el nivel de conciencia en las ancianas del Asilo "Nueva Esperanza".

Gráfica No. 3

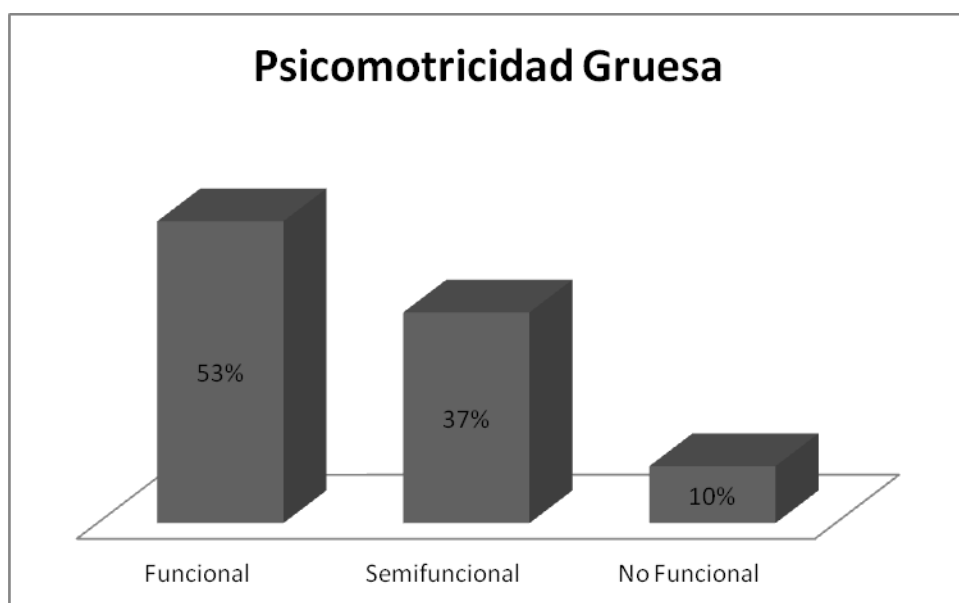


Fuente: Evaluación Neurocognitiva aplicada con ancianas del Asilo "Nueva Esperanza". Pre Evaluación septiembre 2011 y Post Evaluación Noviembre 2011.

Interpretación:

En las evaluaciones de las Actividades de la Vida Diaria se busca tener un dato de la Independencia y autonomía personal de las ancianas indica que el 21 % son Dependientes, que el 26 % son Semidependientes y un 53% son independientes. En actividades como abrir y cerrar zíperes, abotonar y desabotonar, colocarse los zapatos, quitar y poner cintas, control de esfínteres, vestirse, ir al sanitario, bañarse, desvestirse.

Gráfica No. 4

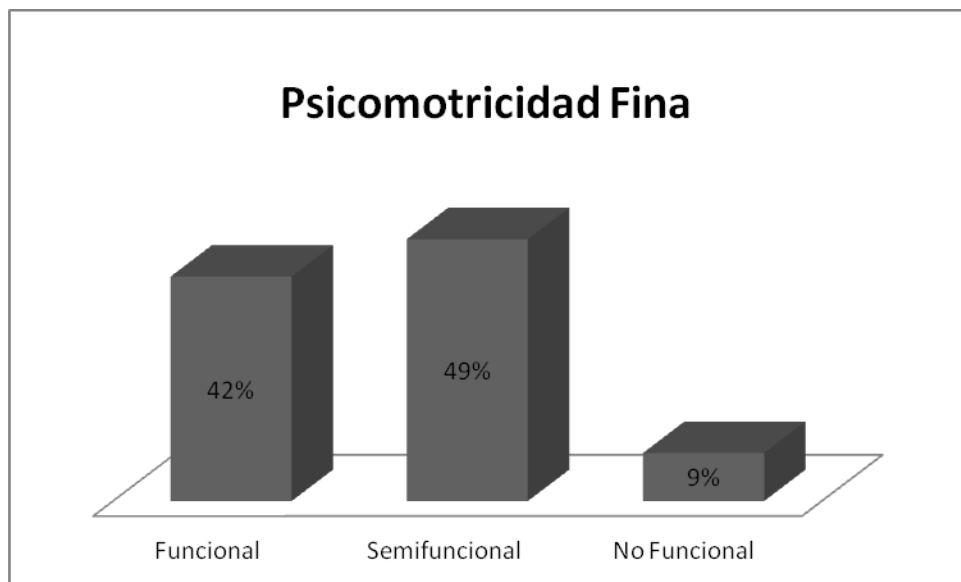


Fuente: Evaluación Neurocognitiva aplicada con ancianas del Asilo "Nueva Esperanza". Pre Evaluación septiembre 2011 y Post Evaluación Noviembre 2011.

Interpretación:

En la evaluación de la Psicomotricidad Gruesa se encontró que un 53% son personas funcionales, el 37 % son semifuncionales y el 10 % son dependientes y necesitan ayuda para movilizarse de un lugar a otro dentro del área del Asilo.

Gráfica No. 5

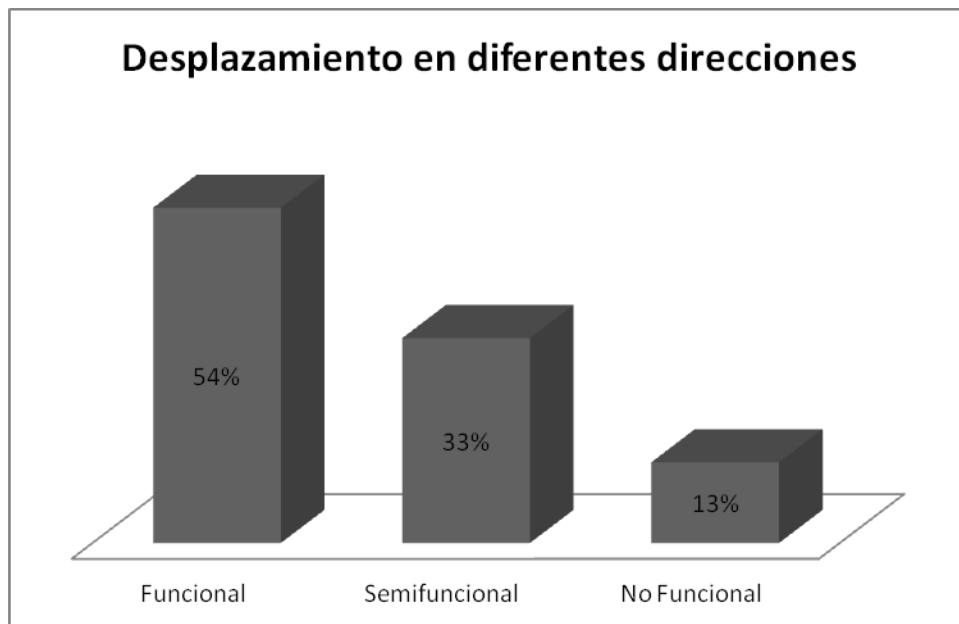


Fuente: Evaluación Neurocognitiva aplicada con ancianas del Asilo "Nueva Esperanza". Pre Evaluación septiembre 2011 y Post Evaluación Noviembre 2011.

Interpretación:

En la evaluación de la Psicomotricidad Fina (pinza, garra y coordinación óculo-manual) indican una funcionalidad del 42 %, el 49 % son Semifuncionales por la edad avanzada y el 9 % No son Funcionales y necesitan de asistencia y algunas no las realizan.

Gráfica No. 6

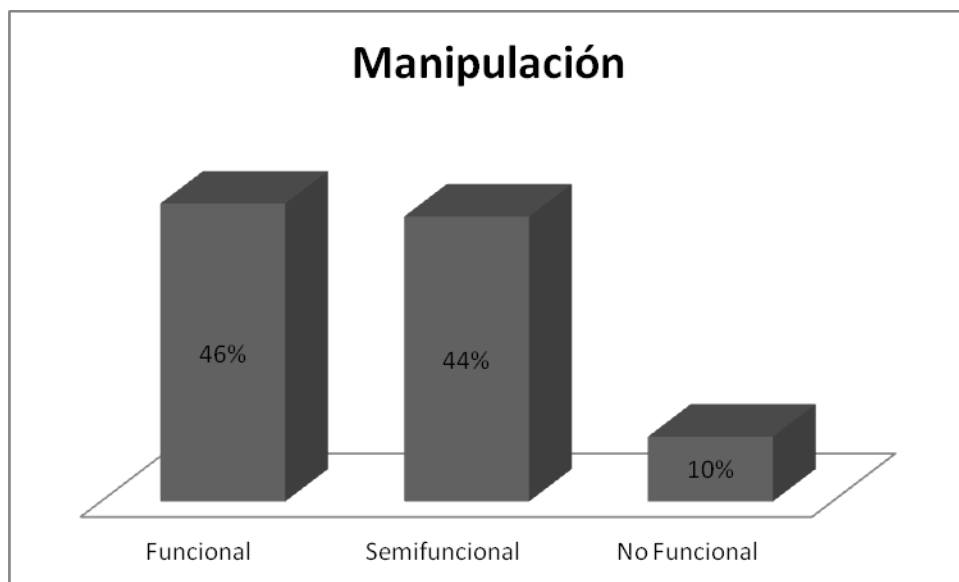


Fuente: Evaluación Neurocognitiva aplicada con ancianas del Asilo "Nueva Esperanza". Pre Evaluación septiembre 2011 y Post Evaluación Noviembre 2011.

Interpretación:

En la evaluación del Desplazamiento en diferentes direcciones se buscó evidenciar la habilidad al caminar de un lugar a otro, sentarse en la silla, caminar en línea recta y trasladar objetos con ambas manos lo cual muestra que el 54 % son funcionales a todas las actividades, el 33 % son semifuncionales y el 13 % necesitan asistencia y son No Funcionales.

Gráfica No. 7



Fuente: Evaluación Neurocognitiva aplicada con ancianas del Asilo "Nueva Esperanza". Pre Evaluación septiembre 2011 y Post Evaluación Noviembre 2011.

Interpretación:

En la evaluación del Área de Manipulación de diferentes objetos, el 46% son funcionales la ejecutan sin dificultad, el 44 % son semifuncionales no lograron realizar todas las actividades y el 10 % son No Funcionales ellas no fueron capaces de manipular objetos con sus miembros superiores por el nivel de limitación que presentan.

3.2.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN GENERAL DE LOS RESULTADOS

A lo largo de la investigación se reflejó la importancia de la participación en los diferentes talleres los cuales tienen como objetivo primordial la que se planificaron para desarrollar la participación de las ancianas en un inicio su actividad fue de poco interés para ellas, por lo cual se les motivo a lo largo de las diferentes actividades, ellas mostraron participación y se vió el beneficio de realizar actividades en sus tiempos de ocio.

Además poniendo en evidencia las habilidades y destrezas que presentan las ancianas, las cuales han adquirido a lo largo de la vida. En cuando a la participación de los diferentes talleres se reflejo mayor interés en las Actividades Terapéuticas Manuales pues para ellas la motivación de crear algo con sus manos y que fuera para ellas les permitió que el interés fuera más y la participación en un alto porcentaje a lo largo de los talleres.

Los talleres de relajación y psicomotricidad fina al igual que el de las ATM fueron de los que presentaron mayor interés de las ancianas, al ejecutar los talleres sus habilidades y destrezas fueron reflejadas y la ejecución de estos no requiere mayor desgaste físico para ellas.

En el taller de Gerontogimnasia fue uno de los cuales se observó una baja participación, siendo notorio en el porcentaje es una actividad que requiere el uso del cuerpo, la capacidad física y no fueron de su agrado por sus condiciones y la edad que ellas presentan.

En cuanto a las evaluaciones aplicadas en las Ancianas del Asilo "Nueva Esperanza" se ejecutaron bajo 6 diferentes criterios los cuales presentaron en cada uno de ellos una escala que reflejó datos sobre la condición física y funcionalidad de ellas en la evaluación Neurocognitiva en el nivel de conciencia que un alto porcentaje respondieron a las preguntas que se le hicieron.

En las Actividades de la Vida Diaria ellas demostraron que un alto porcentaje de ellas son independientes y uno mínimo son dependientes a las actividades cotidianas dentro del asilo.

En la evaluación de la Psicomotricidad Gruesa se encontró que la mitad de las ancianas son funcionales, la media son semifuncionales y un porcentaje muy bajo son dependientes. En la evaluación del Desplazamiento en diferentes direcciones se evaluaron diferentes habilidades al manejo de su cuerpo dentro del asilo y fue de una alto porcentaje de ellas lo hacen de forma funcional.

En la evaluación de la Psicomotricidad Fina (pinza, garra y la coordinación óculo-manual) al igual que en la evaluación del Área de Manipulación de diferentes objetos, se evidencia la capacidad de ellas al utilizar sus miembros superiores siendo indican una funcionalidad alta en las ancianas al ejecutar las diferentes actividades.

CAPITULO IV.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1 Conclusiones

- Que las actividades propuestas fueron del interés de las ancianas y su participación mejoró a medida que se iban desarrollando los diferentes talleres, situación que se hizo evidente a partir de su participación activa.
- La memoria a largo plazo está subdividida en memoria episódica, memoria semántica y la memoria procedimental, que fue evidente al realizar los distintos talleres; todas ellas son importantes en el trabajo integral.
- Las participantes de mostraron actitud positiva e interés en la realización y participación en los diferentes talleres con un resultado del 93% la frecuencia en el desarrollo de los talleres también generó más expectativa y participación.
- Que los resultados de la presente investigación constituyen un aporte importante para el beneficio de las personas de la tercera edad al reducir la demencia senil apoyando su salud mental y mejorando su calidad de vida.
- Que la falta de actividad mental y física puede incidir en el estado anímico de las ancianas por ello es necesario incluir actividades manuales, recreativas y diversión en sus rutinas diarias.

4.2 Recomendaciones.

- La Universidad de San Carlos de Guatemala y el Departamento de la Carrera Técnica de Terapia Ocupacional y Recreativa deben brindar apoyo con estudiantes para que la institución cuente con personal especializado para la atención permanente a las ancianas del Asilo "Nueva Esperanza".
- Reconocer los cambios que ocurren en el organismo de las ancianas por el proceso de envejecimiento y crearle rutinas que les permita a las ancianas poder estar activas durante el día.
- Proponer Programas de Trabajo que incluyan nuevos métodos, técnicas e instrumentos que faciliten la rehabilitación neurocognitiva en personas de la tercera edad.
- Fomentar el uso del espacio físico del Taller de Actividades Recreativas para las ancianas durante los tiempos de ocio.
- Buscar ayuda y recursos para poder contar con personal especializado para una atención adecuada para las ancianas durante su estadía en el Asilo "Nueva Esperanza".
- Evaluar las habilidades que presentan las ancianas con las que se trabaja para evitar que la diversidad de actividades se vuelvan monótonas para ellas.

BIBLIOGRAFIA

1. Bennassar, Marta, TECNICAS Y ACTIVIDADES PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. México, 2,002, 586 pp.
2. Choque, Stella y Choque, Jacques. ACTIVIDADES DE ANIMACION PARA LA TERCERA EDAD. 1ra edición, Editorial Paidotribo, España 2006, 24pp.
3. Rodríguez Reyes, José. LA TERAPIA OCUPACIONAL Y LABORTERAPIA EN LA ENFERMEDADES MENTALES, Patronato Nacional De Asistencia Psiquiátrica, Madrid 1972, 371pp.
4. Garrison, Susan J. MANUAL DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION, Lawrence C. Kolb Psiquiatría Clínica Moderna, México S.A La prensa medica mexicana, 1982, 844pp.
5. Duarte Molina, Pilar y Noya Arnaiz, Blanca. TERAPIA OCUPACIONAL EN LA SALUD MENTAL, PRINCIPIOS Y PRACTICA, Editorial MASSON, S.A. México, 1998, 295 pp.
6. Duarte Molina, Pilar y Tarrés, Pedro. TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRIA: PRINCIPIOS Y PRACTICA, 2da edición. Editorial MASSON, México, 2004, 3394pp.

7. Corregidor Sánchez, Ana Isabel. TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRIA Y GERONTOLOGIA, BASES CONCEPTUALES Y APLICACIONES PRÁCTICAS, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), Edita: Ergon. C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid). España, 2010
8. Rebelatto, José Rubens y da Silva Morelli, José Geraldo. GERIATRIA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN EL ANCIANO, Editorial McGraw- Hill Interamericana Primera Edición, España, 2005 pp. 2

EGRAFIAS.

1. <http://es.scribd.com/doc/27427822/Goniometria>
Reunión Regional en Envejecimiento y Salud. Panamá, 7 - 9 de abril
2. <http://www.mantra.com.ar/contterapiasalternativas/kinesiologiaaplicada.html>
Reunión Regional en Envejecimiento y Salud. Panamá, 7 - 9 de abril
2003 Terapia Ocupacional .com

ANEXOS



EVALUACION DE NEUROCOGNITIVA

Nombre. _____ Sexo. _____ Edad. _____

Lateralidad. _____

CRITERIOS DE EVALUACION

	Pre-evaluación	Post-evaluación
NIVEL DE CONCIENCIA	Responde (R)	No Responde (NR)
a. Orientación con respecto de si mismo.		
- Cuál es su nombre?		
- Qué edad tiene?		
- Sabe dónde esta en este momento?		
b. Orientación en el tiempo.		
- En qué fecha estamos?		
- En qué mes estamos?		
- En qué año estamos?		
c. Orientación en el espacio.		
- Dónde se encuentra usted?		
- Cree que es un hospital?		
- Qué lugar es?		
d. Orientación respecto a personas.		
- Quién soy yo?		
- Qué hago aquí?		
- Quién la cuida en este lugar?		
e. Nivel de compromiso de la conciencia		
- Se mantiene lucida durante la terapia		
- Se mantiene con somnolencia		
f. Lenguaje		
- Entiende las preguntas?		
- Responde de forma atenta a las preguntas?		
- Puede nombrar objetos de la habitación?		
g. Memoria		
- Sabe su fecha de nacimiento o cumpleaños		
- Menciona una fecha nacional memorable		
- A qué hora se levanto hoy?		
- Memorice y repita: lápiz, papel y reloj		
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	INDEPENDIENTE (I)	DEPENDIENTE (D) SEMIDPENDIENTE (SD)
- Abre y cierra remaches		
- Abre y cierra zíperes		
- Abotona		
- Desabotona		
- Se coloca los zapatos		



- Quita cinta de zapato		
- Coloca cinta de zapato		
- Coloca suéter		
- Se baña		
- Se viste		
- Tiene control de esfinteres		
- Utiliza el servicio sanitario		
- Asiste a los talleres		
- Participa en actividades planificadas		
PSICOMOTRICIDAD GRUESA	FUNCIONAL (F) SEMIFUNCIONAL (SF) NO FUNCIONAL (NF)	
- Camina		
- Se sienta sin ayuda		
- Se sienta con ayuda		
- Levanta objetos con ambas manos		
- Lanza la pelota con ambas manos		
PSICOMOTRICIDAD FINA	FUNCIONAL (F) SEMIFUNCIONAL (SF) NO FUNCIONAL (NF)	
GARRA		
- Cilíndrica		
- Esférica		
- Gancho		
- Abanico		
PINZA		
- Bidigital		
- Terminal		
- Subterminal		
COORDINACION		
DESPLAZAMIENTO EN DIFERENTES DIRECCIONES	FUNCIONAL (F) SEMIFUNCIONAL (SF) NO FUNCIONAL (NF)	
- Camina de un lugar a otro sin ayuda		
- Se traslada a la silla		
- Camina en línea recta		
- Sube y baja gradas		
- Traslada objetos con las manos		
MANIPULACION	FUNCIONAL (F) SEMIFUNCIONAL (SF) NO FUNCIONAL (NF)	
- Alcanza objetos		
- Transfiere objetos		
- Extiende - alcanza- agarra		
- Suelta voluntariamente de las manos		
- Construye torres de 3 cubos		
- Construye torres de 6 cubos		
- Construye torres de 9 cubos		

EVALUADOR _____ FECHA _____

EVALUADOR _____ FECHA _____



EVALUACION FUNCIONAL

Nombre. _____ Sexo. _____ Edad. _____

Lateralidad. _____ Área de lesión cutánea. _____

AREA	MIEMBRO SUPERIOR DERECHO		MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO	
	Amplitud Articular	Fuerza Muscular	Amplitud Articular	Fuerza Muscular
	Hombro			
Codo				
Muñeca				
Dedos				
Pulgar				

Evaluador. _____ Fecha. _____

AREA	MIEMBRO SUPERIOR DERECHO		MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO	
	Amplitud Articular	Fuerza Muscular	Amplitud Articular	Fuerza Muscular
	Hombro			
Codo				
Muñeca				
Dedos				
Pulgar				

Evaluador. _____ Fecha. _____



EVALUACION DE TALLERES DE REHABILITACION NEUROCOGNITIVA

ÁREA: GERONTOGIMNASIA

Objetivos:

- Mejorar las cualidades físicas: fuerza, control muscular, equilibrio y resistencia.
- Favorecer la integración del esquema corporal.
- Mejorar las habilidades de autocuidado, consiguiendo con ello un incremento de la autonomía y la calidad de vida.

NO	Paciente	TALLERES				LOGROS LIMITACIONES HALLAZGOS
		1		2		
		GIMNASIA RITMICA		GIMNASIA CON OBJETOS		
		PARTIPACION				
		SI	NO	SI	NO	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
TOTAL						



EVALUACION DE TALLERES DE REHABILITACION NEUROCOGNITIVA

AREA: COGNITIVA

Objetivos:

- Mantener las funciones mentales superiores durante el mayor tiempo posible para evitar el deterioro de las mismas.
- Estimular las funciones mentales superiores: memoria, atención y percepción.
- Desarrollar la orientación en tiempo, espacio y persona.
- Mejorar la comunicación verbal, mediante el lenguaje, el pensamiento lógico y el abstracto.

NO.	PACIENTE	TALLERES						LOGROS
		4		5		6		LIMITACIONES
		ASOCIACION		AVD		CLASIFICACION DE FIGURAS		
		PARTICIPACION						
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	HALLAZGOS
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
TOTAL								



EVALUACION DE TALLERES DE REHABILITACION NEUROCOGNITIVA

AREA: ACTIVIDADES RECREATIVAS

OBJETIVOS.

- Recuperar capacidades cognitivas mediante la recreación en actividades de ocio.
- Estimular el uso de las habilidades finas y gruesas de las pacientes.
- Favorecer las actividades recreativas para promover la salud mental de las pacientes.
- Fomentar las relaciones sociales entre las pacientes, personal y talleristas.

NO	PACIENTE	TALLERES				LOGROS HALLAZGOS LIMITACIONES
		11 ARMAR TORRES		12 INSTRUMENTOS MUSICALES		
		PARTICIPACION				
		SI	NO	SI	NO	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
TOTAL						



EVALUACION DE TALLERES DE REHABILITACION NEUROCOGNITIVA

ÁREA: PSICOMOTRICIDAD Y RELAJACION

- Inducir a través del movimiento, las capacidades motoras de las participantes propiciando la experiencia de logro.
- Disminuir los periodos de inactividad en las ancianas.
- Propiciar la construcción de auto-imagen adecuada de si mismas.
- Facilitar actividades de socialización incrementando la comunicación interpersonal
- Integrar las funciones cognitivas superiores: memoria, seguimiento de instrucciones y organización de la tarea sugerida.
- Mejorar las habilidades de psicomotricidad fina y la coordinación motora utilizando la dominancia lateral.
- Manejar en forma constante técnicas de respiración y relajación.

NO	PACIENTE	TALLERES						LOGROS LIMITACIONES HALLAZGOS
		13		14		15		
		ENCESTE DE PELOTAS DE PAPEL		BOLICHE		DECORAR CAJAS DE ZAPATOS		
		PARTICIPACION						
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
TOTAL								