



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y
LA COMUNICACIÓN**

**CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL**

TÍTULO

**LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ESTADO
EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
CENTRO DE DÍA “SAN JOSÉ”, DE LA CIUDAD DE
LOJA, PERIODO 2013-2014.**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
GRADO DE LICENCIADA EN
PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN
ESPECIAL

AUTORA:

Dorys del Rocío Lapo Arrobo

DIRECTORA:

Dra. Silvia Torres Díaz, Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2014

CERTIFICACIÓN

Doctora.

Silvia Torres Díaz Mg. Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Haber orientado, asesorado, dirigido y revisado, el trabajo investigado de la tesis titulada **LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE DÍA "SAN JOSÉ", DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2013-2014.** Realizado por la postulante, señorita Dorys del Rocío Lapo Arrobo

El trabajo reúne los requisitos de forma y fondo, exigidos por la institución por lo que se autoriza la presentación para que se prosigan con los trámites correspondientes.

Loja, 21 de mayo del 2014


Dra. Silvia Torres Díaz, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Dorys del Rocío Lapo Arrobo, declaro ser autora del presente trabajo de investigación y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA la publicación de mi tesis en el REPOSITORIO INSTITUCIONAL / BIBLIOTECA VIRTUAL.

AUTORA: Dorys del Rocío Lapo Arrobo

FIRMA: 

CÉDULA: 110445493-7

FECHA: 16 de Septiembre de 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL, PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Dorys del Rocío Lapo Arrobo, declaro ser autora de la tesis titulada: **LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE DÍA "SAN JOSÉ" DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2013-2014.** Como requisito para optar al grado de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial. Autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja a los 16 días del mes de Septiembre del dos mil catorce, firma la autora.

Firma -----

Autor: Dorys del Rocío Lapo Arrobo

Cedula: 110445493-7

Dirección: San José Alto.

Correo Electrónico: acjydrpoli@hotmail.com

Teléfono: 2560-297

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Mg. Sc. Silvia Eugenia Torres Díaz

Tribunal de Grado: Mg. Sc. Oscar Cabrera PRESIDENTE

Mg. Sc. Amable Ayora VOCAL

Mg. Sc. Anita Andrade VOCAL

AGRADECIMIENTO

A las Autoridades de la Universidad Nacional de Loja, a la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial y al personal docente por haberme brindado una formación profesional de calidad.

A la Doctora Silvia Torres, Directora de tesis por sus valiosos conocimientos, por su guía y asesoramiento a la realización de este trabajo.

A las autoridades del Centro de Día “SAN JOSÉ” y a los adultos mayores que asisten a este lugar, quienes con su participación facilitaron el presente trabajo investigativo.

DORYS DEL ROCÍO

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios que me ha dado fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer y haberme permitido llegar a este momento tan importante de mi formación profesional, a mi madre, **MARÍA ARROBO** por ser el pilar fundamental en mi vida y a mi padre **JOSÉ ENRIQUE LAPO**.

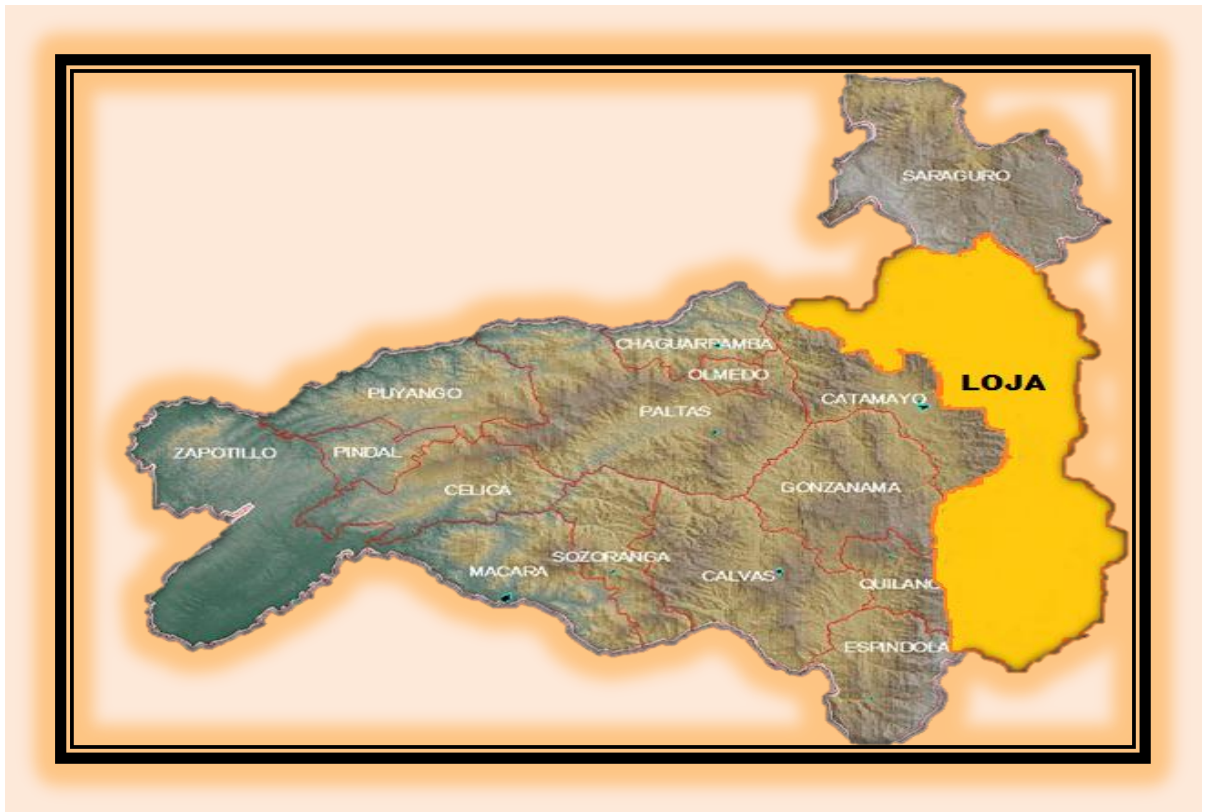
A mis hermanos **LUIS Y MERY**, a mi hija **ÁNGELA CAMILA** por ser la razón de mi vida y la fuerza para seguir adelante en mi superación personal a mis amigas por acompañarme durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos y que de una u otra manera me apoyaron siempre.

DORYS DEL ROCÍO

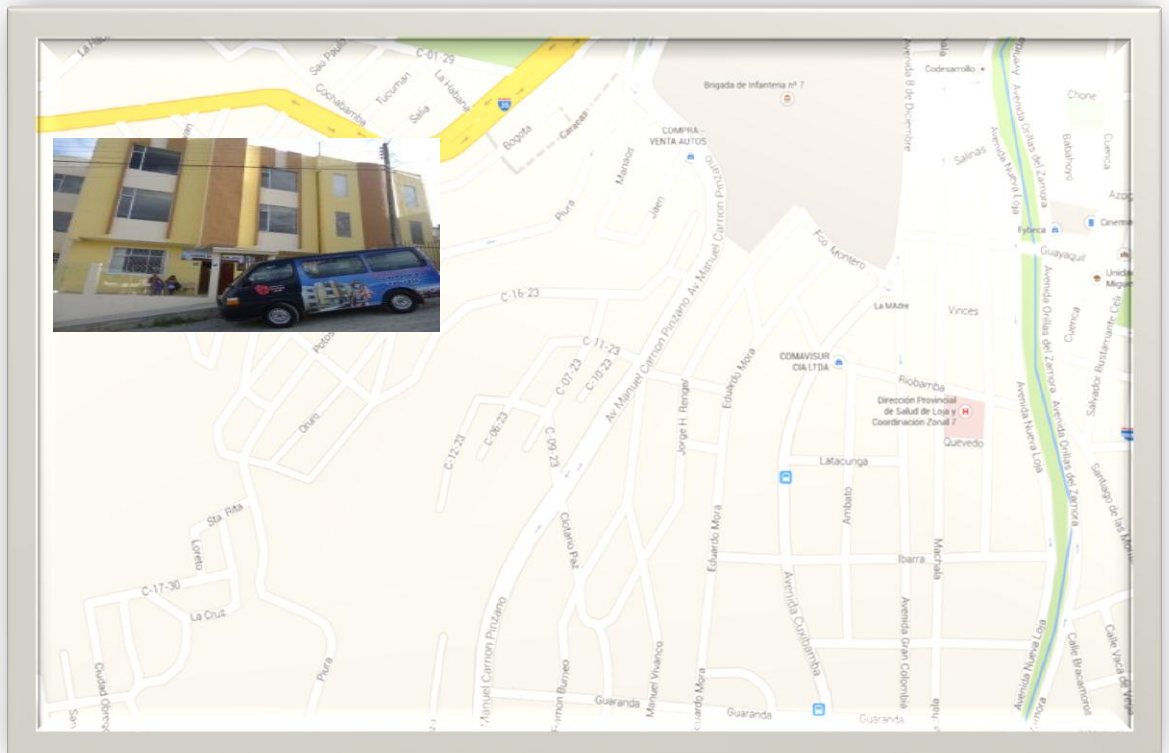
MATRIZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO

ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN											
BIBLIOTECA: Área de la Educación, el Arte y la Comunicación											
TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR NOMBRE DEL DOCUMENTO	FUENTE	FECHA AÑO	ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN							NOTAS DE OBSERVACIÓN
				NACIONAL	REGIONAL	PROVINCIAL	CANTÓN	PARROQUIA	BARRIO COMUNIDAD	OTRAS DEGRADACIONES	
TESIS	DORYS DEL ROCÍO LAPO ARROBO LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS ADULTO MAYORES DEL CENTRO DE DÍA "SAN JOSÉ", EE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2013-2014.	UNL	2014	ECUADOR	ZONA 7	LOJA	LOJA	SUCRE	SAN JOSÉ ALTO	CD	LICENCIADA EN PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

MAPA GEOGRÁFICO



CROQUIS



ESQUEMA DE TESIS

- ✚ PORTADA
- ✚ CERTIFICACIÓN
- ✚ AUTORÍA
- ✚ CARTA DE AUTORIZACIÓN
- ✚ AGRADECIMIENTO
- ✚ DEDICATORIA
- ✚ MATRIZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO
- ✚ MAPA DE ÁMBITO GEOGRÁFICO
- ✚ ESQUEMA DE TESIS

- a. TÍTULO
- b. RESUMEN
- c. INTRODUCCIÓN
- d. REVISIÓN DE LITERATURA
- e. MATERIALES Y MÉTODOS
- f. RESULTADOS
- g. DISCUSIÓN
- h. CONCLUSIONES
- i. RECOMENDACIONES
- j. BIBLIOGRAFÍA
- k. ANEXOS

a. TÍTULO

**LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE DÍA “SAN JOSÉ”, DE LA
CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2013-2014.**

b. RESUMEN

El problema investigado hace referencia a la Terapia Ocupacional en el Estado Emocional de los Adultos Mayores del Centro de Día “San José” de la ciudad de Loja, periodo 2013-2014.

El propósito de la investigación fue conocer cómo la Terapia Ocupacional influye en el Estado Emocional de los Adultos Mayores del Centro de Día “San José” de la ciudad de Loja, periodo 2013- 2014.

Los métodos que se utilizaron fueron: el método Científico, método Inductivo-Deductivo y método Cualitativo; se utilizó como técnicas e instrumentos: la encuesta aplicada al personal, el test de Yesavage y la ficha de observación aplicada a los Adultos Mayores. Se trabajó con el total de la población que estuvo conformada por 12 adultos mayores y 3 profesionales que laboran en el centro, dando una muestra total de 15 personas investigadas.

Como producto de la investigación se determinó que el tipo de terapia ocupacional que se aplica a los adultos mayores del Centro de Día “San José” es la Terapia Lúdica, basándose principalmente en las actividades de dibujo, pintura y música, y que, el estado emocional es la depresión leve que se manifiesta en características de tristeza e ira.

Por lo que se recomienda a los directivos de la institución, que la Terapia Ocupacional se brinde de forma programada, planificada y bien estructurada, para mejorar el estado emocional de los adultos mayores y que cuenten con un profesional adecuado y que consideren las necesidades individuales de los Adultos Mayores.

SUMMARY

The research problem refers to occupational therapy in the emotional state of the elderly of the Day Centre "San José" from the city of Loja, 2013-2014 period

The purpose of the research was known as the Occupational Therapy affects the emotional status of older adult day center "San Jose" from the city of Loja, 2013- 2014 period

The methods used were: the scientific method, Inductive- Deductive Qualitative method and method; was used as techniques and tools: the survey of staff, Yesavage test and observation sheet applied to the older adult. We worked with the total population consisted of 12 adults and 3 older professionals working in the center, giving a total sample of 15 people surveyed.

As a result of the investigation it was determined that the type of occupational therapy that applies to seniors Center Day "San José" is the Playful Therapy, based primarily on the activities of drawing, painting and music, and that the state emotional mild depression is manifested in features of sadness and anger.

As recommended by the directors of the institution, occupational therapy is provided on a scheduled basis, planned and well-structured to improve the emotional state of the elderly and have adequate professional and consider the individual needs of the older adult.

c. INTRODUCCIÓN

El adulto mayor, como comúnmente se le conoce, es parte de un grupo vulnerable de nuestra sociedad. La tercera edad es considerado un período de vida en el cual es necesario potenciar las capacidades físicas y emocionales, y así mismo necesita una atención prioritaria que ayude a mejorar la calidad de vida de los mismos de esta manera nace la Terapia Ocupacional, la misma que se encarga de la promoción, prevención, y la rehabilitación por medio de la ocupación.

A esta problemática se planteó la presente investigación se denomina: La Terapia Ocupacional en el Estado Emocional de los Adultos Mayores del Centro de Día “SAN JOSÉ” de la ciudad de Loja, periodo 2013-2014; se planteó en base a los siguientes objetivos específicos: identificar el tipo de Terapia Ocupacional que se aplica en los adultos mayores del Centro de Día “San José”, determinar el Estado Emocional predominante de los Adultos Mayores, relacionar comparativamente la Terapia Ocupacional con el Estado Emocional de los Adultos Mayores del Centro de Día “SAN JOSÉ”.

El contenido científico en el que se sustenta la investigación está dado en base a: Terapia ocupacional, definición, contexto histórico de la terapia ocupacional, importancia de la terapia ocupacional, objetivos de la terapia ocupacional, particularidades de la terapia ocupacional para la población geriátrica, actividades básicas de la vida diaria, actividades complejas de la vida diaria, actividades sociales y emocionales, técnicas activas de terapia ocupacional, técnicas colectivas, técnicas recreativas y expresivas , técnicas recreativa o social, terapias colectivas, terapia lúdica o ludoterapia, gimnoterapia, terapia laboral o laborterapia, terapia industrial. El estado emocional del adulto mayor, definición del adulto mayor, salud mental en el estado emocional, principio gerontológico, crisis de identidad en el adulto mayor, síntomas del estado ansioso que pueden ser provocados por la inestabilidad emocional, cambios emocionales en el adulto mayor, aspectos emocionales y sociales del adulto mayor, inestabilidad emocional en el adulto mayor, la psicología del adulto

mayor, la depresión en el adulto mayor, definición, características de la depresión, causas de la depresión, síntomas de la depresión, tipos de depresión.

Los métodos que se utilizaron fueron: el método científico que sirvió para tener las bases científico-técnico acerca de las variables, para la construcción de objetivos generales y específicos y para la elaboración de técnicas que permitieron recolectar la información, el método analítico-sintético, permitió analizar los datos empíricos de la investigación y de esta manera llegar a plantear las conclusiones y recomendaciones para este trabajo investigativo, el método deductivo que permitió partir de una conclusión general del problema investigado y llegar a conclusiones particulares sobre la terapia ocupacional y el estado emocional de los adultos mayores.

Dentro de las técnicas se utilizó la encuesta dirigida al personal la cual permitió obtener información sobre la terapia ocupacional, también se empleó la ficha de observación para determinar el estado emocional predominante de los adultos mayores. El instrumento que se aplicó fue el test de Yesavage para evaluar el nivel de depresión que presentan los Adultos Mayores.

La población de la investigación estuvo conformada por 12 adultos mayores y 3 profesionales, quedando una muestra total de 15 personas.

Como producto de la investigación se concluye que el tipo de terapia ocupacional que se aplica a los adultos mayores es la terapia lúdica basándose principalmente en las actividades de dibujo, pintura y música. También, que el estado emocional predominante en los adultos mayores es la depresión leve, manifestada con características de tristeza e ira.

Ante esto se recomienda a los directivos de la institución, que implementen la terapia ocupacional y que esta sea de forma programada, planificada y bien estructurada para mejorar el estado emocional de los adultos mayores y que cuenten con un profesional adecuado para desarrollar la misma.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1. LA TERAPIA OCUPACIONAL

1.1 DEFINICIÓN

Moruno, P. (2009), define a la terapia ocupacional como la “Praxis que aplica o utiliza la ocupación como agente, entidad o medio terapéutico, con el propósito de preservar, promover, mantener, restablecer y mejorar la salud o aliviar una situación penosa que afecta al bienestar del individuo”.

1.2 CONTEXTO HISTÓRICO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

La ocupación, entendida como una forma de alcanzar estados de salud y bienestar más aceptables, se basa en los siguientes principios:

- ✓ Ocupación–Identidad: directamente relacionada con el concepto de rol. El individuo forja su identidad en función de los roles principales que desempeña en su vida.
- ✓ Ocupación–Desarrollo: A lo largo de nuestras vidas desempeñamos ocupaciones propias de cada estado del ciclo vital. En función de estas experiencias ocupacionales, el ser humano crece, experimenta y evoluciona.
- ✓ Ocupación–Entorno–Adaptación: a través de la ocupación, el individuo domina su entorno, lo modifica. El dominio del entorno es para el ser humano la principal fuente de motivación.

1.3 IMPORTANCIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

- Da respuesta a las necesidades de supervivencia y de auto mantenimiento.
- Proporciona un sentimiento de utilidad, de aportar al crecimiento y evolución general de la comunidad.

- Aporta un sentido de vida, una identidad por la que luchar y trabajar una identidad psicológica y una identidad espiritual.
- Proporciona un papel, un sentimiento de pertenencia a un grupo o cultura una identidad social (roles).

1.4 ÁREAS DE OCUPACIÓN

1.4.1. Área ocupacional de auto mantenimiento:

- Actividades de la vida diaria básicas (A.V.D.b): actividades de autocuidado (vestirse, alimentarse, asearse, etc.)
- Actividades de la vida diaria instrumentales (A.V.D.i): son actividades más complejas e indicarían la capacidad del individuo para vivir de forma autosuficiente en su entorno habitual (medicación, asuntos económicos, dieta, tecnología)
- Actividades de la vida diaria avanzadas (A.V.D. a): no son indispensables para el mantenimiento de la independencia y están en relación con el estilo de vida del sujeto. Son actividades que permiten al individuo desarrollar sus papeles: ocio, participación en grupos, contactos sociales, viajes, deportes.

1.4.2. Área ocupacional productiva: Actividades remuneradas o no, que proporcionan un servicio a la comunidad.

Estas actividades están relacionadas con el cuidado del hogar (trabajos domésticos, jardinería, mantenimiento de la propiedad y del vehículo), con el cuidado de la familia (preparación de la comida, cuidado de los miembros de la familia, compras, atención a los animales de compañía) y con el trabajo (remunerado, no remunerado, estudios).

1.4.3. Área ocupacional de ocio: Conjunto de ocupaciones (actividades, tareas o roles) a las que el individuo puede dedicarse de manera libre y

voluntaria cuando se ha librado de sus obligaciones profesionales o sociales, sea para descansar o para divertirse, sea para desarrollar su información o su formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora.

Para Spackman, (2008) “Los seres humanos se realizan a través de sus ocupaciones en interacción constante con el ambiente. De esta interacción resulta el comportamiento ocupacional

1.5 OBJETIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

El principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar a la persona para alcanzar un equilibrio en las ocupaciones, con el fin de que su vida sea satisfactoria y significativa.

Los objetivos para estas personas, que presentan cualquier disfunción ocupacional o riesgo de la misma, serán:

1. Favorecer la motivación y los intereses de las personas después de la pérdida ocupacional.
2. Favorecer la búsqueda de su identidad psicológica, perdida o fragmentada por distintos acontecimientos o procesos (enfermedad, pobreza, maltratos, marginación).
3. Ayudar a la persona a elaborar una rutina ocupacional adaptada y significativa que apoye su participación en roles activos y relevantes.
4. Minimizar o eliminar las conductas que interfieran en el desempeño ocupacional.
5. Adquirir, mejorar y potenciar las capacidades y destrezas necesarias para un desempeño ocupacional lo más satisfactorio y funcional posible.
6. Favorecer el desarrollo de habilidades sociales y habilidades emocionales (autoconocimiento, autocontrol, automotivación, empatía) que permitan a la persona asumir un rol activo en la relación con los demás.

La intervención en el entorno de estas personas se centrará en:

1. Modificar y adaptar entornos, accesibles y saludables.
2. Eliminar y/o minimizar barreras físicas, psicológicas y sociales.
3. Escuchar, informar y asesorar a la familia del estado general del familiar, de pautas de manejo ante determinadas circunstancias y de las adaptaciones necesarias, haciéndoles partícipes del proceso de tratamiento.

1.6 PARTICULARIDADES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Romero, A. (2009) a este respecto nos dice lo siguiente: “La esencia de la Terapia Ocupacional descansa en el análisis y evaluación del impacto de la disfunción en la ocupación y en el uso de esta ocupación (rol, tarea, actividad), como “herramienta” legítima para evaluar, facilitar, restaurar y mantener la función”.

La Terapia Ocupacional contempla la ocupación como un fin en sí, y como un medio de tratamiento, a través del cual se pretende asistir al individuo en sus necesidades funcionales.

Pero este instrumento requiere un análisis y un método de actuación adecuados, para que la capacidad de respuesta al problema del individuo se ajuste al máximo a sus necesidades.

Así pues, el terapeuta ocupacional realizará una evaluación multifactorial de la persona (motivaciones, roles, hábitos y capacidades) y su entorno (ambiente humano: individuos y grupos comprendiendo los aspectos sociales y culturales; y ambiente no humano: condiciones físicas, objetos e ideas de una persona).

Una vez realizada la evaluación, la actuación del terapeuta ocupacional se centrará en el comportamiento ocupacional de la persona, entendiendo éste como resultado de la interacción de dicha persona con su entorno.

A partir de la información recogida se elaborará un plan de intervención individualizado con la persona, valorando los posibles efectos de esta intervención tanto en la identidad ocupacional del individuo como en su entorno, estableciendo unos objetivos y seleccionando unas actividades en función de las necesidades y características de éste.

El sentido de la actividad es que ésta tenga un propósito y sea significativa para la persona, coherente con sus intereses, valores, roles, destrezas y con su entorno, capaz de incrementar la función y satisfacción del individuo. Si no es así, la actividad a menudo pierde su sentido.

Igualmente el ambiente debe ser seguro, de apoyo y facilitador, es decir, validante, que facilite la exploración y el ensayo de las diferentes habilidades funcionales, de tal manera que permita el desarrollo de comportamientos ocupacionales competentes y satisfactorios para la persona.

1.7 ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA LA POBLACIÓN GERIÁTRICA

La terapia ocupacional puede ayudar a los adultos mayores que tienen dificultad para realizar las tareas cotidianas debido a los efectos del envejecimiento. Vestirse, bañarse y comprar alimentos pueden presentar desafíos para los adultos mayores a medida que envejecen. El objetivo de la terapia ocupacional en la población geriátrica es promover la independencia en el desempeño de las tareas cotidianas de la vida.

1.7.1 Actividades básicas de la vida diaria.- Las actividades de la vida diaria, o AVD, suelen ser la piedra angular de un programa de terapia ocupacional

para pacientes geriátricos. Las AVD básicas incluyen: vestirse, bañarse, comer y moverse de un lugar a otro. Estas AVD básicas se practican a menudo con la ayuda de un terapeuta ocupacional o auxiliar de enfermería en casa.

1.7.2 Actividades complejas de la vida diaria.- Las actividades complejas de la vida diaria como: cocinar, lavar la ropa, utilizar un ordenador o un teléfono, manejar los medicamentos o limpiar. A medida que se envejece, estas tareas pueden llegar a ser más difíciles debido a los cambios relacionados con la edad, enfermedad o discapacidad.

1.7.3 Actividades sociales y emocionales.- A menudo se les pide a los terapeutas ocupacionales que evalúen y atiendan las necesidades sociales y el bienestar emocional de sus clientes geriátricos. El envejecimiento, la enfermedad y ciertos trastornos asociados con el envejecimiento a veces pueden tener un efecto perjudicial sobre el bienestar emocional de los adultos mayores. Los terapeutas ocupacionales evaluarán los intereses del cliente y tratarán de facilitarles el acceso a actividades sociales para que puedan participar.

1.8 Técnicas activas de Terapia Ocupacional

1.8.1 Técnicas colectivas

Las técnicas colectivas surgen de la necesidad médica de disponer de armas terapéuticas que completen a la Psicofarmacología y a la Psicoterapia, para un correcto y completo tratamiento del paciente.

Para Ruiz, García, (2007) Dentro de la estructuración de las terapias colectivas debemos distinguir varias etapas de distinta duración y significación diferentes:

“La primera etapa o etapa carcelaria, viene marcada por la transformación del medio hogar, centro o ancianato”. Hay que tener en cuenta que aunque lo

normal parece ser actuar primero sobre el individuo. Luego, sobre el medio, aquí actuamos primeramente sobre el medio porque se carece de instalaciones con un mínimo de capacidad y bienestar, para lograr luego actuar sobre el individuo. Por esta razón se comienza a actuar primero sobre el medio.

“La segunda etapa o etapa de apertura de puertas o de descarcerización en la que una vez normalizado el medio de vida del adulto mayor se comienza un completo ensayo de readaptación socio-laboral” (RUIZ GARCIA, 2007).

“La tercera etapa o socio terapia, entendiéndolo por socio terapia cuando la amplitud de las readaptaciones se extiendan a un núcleo de habitantes de una ciudad pequeña” (RUIZ GARCIA, 2007), es decir se realiza una socialización de toda la vida, en la que los adultos desempeñan papeles en una vida social de proporciones reducidas, como si se tratara de una pequeña ciudad, pero desempeñando los pacientes funciones reales.

“La cuarta etapa o etapa del Tratamiento de los grandes estados defectuales psiquiátricos. Un grave peligro de toda institución numerosa es la que habituada a una organización y una forma de desenvolvimiento rutinario, caiga en el peligro del abandono” (RUIZ GARCIA, 2007). Este abandono es un peligro mínimo comparado con el abandono familiar. Son los adultos en general más abandonados y a ellos debemos dedicar nuestro máximo esfuerzo, pues tienen en realidad necesidad de una máxima ayuda, similar a la que precisaría un niño o un paralítico.

“La quinta etapa o etapa del Perfeccionismo de la terapéutica de readaptación, en la cual las preocupaciones de seguridad se desplazan aun último plano, mediante el sistema de puertas abiertas”(RUIZ GARCIA, 2007).

La apertura de puertas sistema de puertas abiertas, las preocupaciones de vigilancia y seguridad son más o menos olvidadas, siempre orientado en un sentido terapéutico.

McDonald, (2009) la define como “toda actividad de recreo del trabajo, aplicada de un modo preciso, con el fin de colaborar en el tratamiento, y acelerar la recuperación del paciente”.

1.8.2 Técnicas Creativas y Expresivas

Para Belamy, A. (2007) “Las actividades artísticas desempeñan una misión muy importante en la Terapia Ocupacional, la demostración de cualidades emocionales y creadoras, que ningún proceso industrial puede proporcionar”. El entrenamiento en los trabajos manuales o artísticos tiene como base las habilidades, destreza e ingenio y la función de hacer olvidar tensiones, las cuales son cualidades de muchos de los pacientes.

Antes de proporcionar una sección de actividades terapéuticas manuales es necesario tener en cuenta:

- ✓ La condición física del paciente, es necesario el conocer la edad, inquietudes, actividades e intereses, para determinar el tipo de actividad que podemos realizar con dicho paciente.
- ✓ Posibilidades terapéuticas de las actividades planificadas. Las actividades deben de ser simples y de aprendizaje rápido, procurando que se cumplan con todos los objetivos de rehabilitación.
- ✓ La actividad debe de tener un objeto útil que estimule al paciente, se debe tener en cuenta que las actividades terapéuticas manuales no exigen calidad en los trabajos, sino el efecto terapéutico de rehabilitación.

Entre las actividades terapéuticas manuales que podemos mencionar se encuentran:

Cestería.- Dicha actividad tiene la ventaja de ser de un material fácil de moldear y es de bajo costo.

Cerámica.- En esta actividad el paciente puede expresar su creatividad e imaginación, así como también estimula la flexión y extensión de los dedos.

Carpintería.- Esta actividad es realizada por hombres en su mayoría, ya que necesita primordialmente de fuerza, presión y coordinación.

Escultura.- Es realizar figuras con materiales como piedra, madera, arcilla; entre otros materiales.

Música: Esta actividad ayuda a las personas a relajarse y distraerse

Dibujo y pintura: Ayuda a despertar la creatividad y a la vez mantiene ocupados mental y físicamente a las personas que la practican, sin olvidar que esta favorece en gran parte a la motricidad fina.

1.8.3 Técnica Recreativa o Social

Cano y Videl, (2009) definen a la técnica recreativa o social de la siguiente manera: “Las actividades recreativas son cualquier actividad en la cual el paciente ocupa voluntariamente un poco de su tiempo libre o de ocio, que provoque en él un descanso y una satisfacción directa que le ayude al desarrollo integral de su personalidad”. En principal objetivo de esta actividad es la distracción y descanso, ya que por medio de esta el individuo sale de la rutina disminuyendo su depresión y opresión.

La recreación la podemos calificar de la siguiente forma:

✓ **Recreación Activa**

Actividad en la cual la persona se dedica a una actividad de una forma voluntaria en su tiempo libre, estas actividades pueden ser artísticas, deportivas y sociales.

✓ **Recreación Pasiva** Es la actividad donde el individuo es solo un espectador, no toma parte en este tipo de actividades. Estas pueden ser el cine, partido deportivo y teatro.

✓ **Actividades en el Interior.-** Son actividades que se realizan en lugares cerrados, se debe dar a conocer que las actividades al aire libre también

pueden ser adaptadas para realizarse en lugar cerrado. Se pueden realizar actividades como baile, canto y pintura entre algunas otras.

- ✓ **Actividades al Aire Libre.-** Son actividades que se realizan en un campo abierto, pueden ser de mucho beneficio si la población con que trabajamos se encuentra en un lugar cerrado.

1.9. Terapias Colectivas

El objetivo primordial es la reinserción social del paciente promedio de actividades como ludo terapia, gimnoterapia, terapia laboral o laborterapia, terapia industrial entre otras.

Es la forma en como cada uno organiza sus actividades, existen varios tipos de actividades o terapias colectivas entre las cuales se pueden mencionar:

1.9.1. Terapia Lúdica o Ludoterapia

Es la terapéutica del juego. Es una actividad que se desarrolla participando tanto a nivel del pensamiento, de la fantasía como de la realidad. Para Pelaez, M. (2009) la terapia lúdica se puede definir de la siguiente manera: “Es una forma de aprendizaje, de tomar contacto con la realidad, a la vez que sirve de liberación de energías reprimidas que no serían toleradas a un nivel de realidad”.

1.9.2. Gimnoterapia

Constituye una actividad terapéutica de gran valor. La actividad física y la sensación de bienestar que la acompaña, constituyen un elemento sensorial útil, para llegar a un mejor control y conocimiento de sí mismo. El fin de esta terapia no es alcanzar una manifestación deportiva, sino de llegar poco a poco a unos ejercicios de rehabilitación en grupos bien adquiridos.

1.9.3. Terapia Laboral o Laborterapia

Rage, E. (2008) la define de la siguiente manera: “Es aquella terapéutica médica encaminada a lograr el aprendizaje por un adulto, de un oficio o una labor determinada, teniendo en cuenta su capacidad, experiencia, inclinaciones y oportunidades”.

La terapia laboral, en muchas ocasiones tendrá que ser también un aprendizaje laboral. No debemos olvidar que muchos adultos no están en condiciones de incorporarse socialmente a una vida de actividad laboral, unos porque carecen de profesión adecuada, y otros porque la que poseen no les permite la readaptación.

1.9.4. Terapia Industrial

El paciente se deberá adaptar a una jornada laboral normal, en donde se le exigirá un rendimiento. Esta terapia será utilizada en las Industrias o Talleres, que son unos servicios intermedios entre la hospitalización y la reintegración socio-laboral completa de un paciente.

2. EL ESTADO EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR

2.1 Definición de Adulto Mayor

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. “Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo” (LOPEZ I. , 2009); esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. Otra es la que el gobierno determina por ley, una vez se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo; en Ecuador hacen parte de este grupo étnico las personas que cumplen 65 años.

El envejecer, o mejor, el poder vivir más tiempo, implica una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y socioculturales que las personas no están preparadas a enfrentar. Estos cambios no solo suceden dentro de cada individuo sino también en las personas que están a su alrededor

El término vejez se ha dejado de usar por sentirse peyorativo y humillante, lo mismo sucede con el término de tercera edad que es un término muy marcado, es decir, a partir de los 60 años, se sienta como se sienta, pertenece a esta edad y por lo tanto "dicen que es un anciano".

El término se ha cambiado como sucede con muchos términos en nuestro país, y ahora se le llama Adulto Mayor a las personas de más de 65 años de acuerdo al Art. 1 de la Reforma que se da a la Ley del Anciano aprobada en primer debate en la Asamblea Nacional del 18 de octubre del 2001.

2.1.1 Concepto Mundial

"El envejecimiento es en sí mismo es un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital" (ONU, 2007).

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente.

2.2. SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR

Casi todas las personas adultas mayores son emocionalmente saludables, aunque en el plano psicológico se pueden presentar ciertos cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación y la agilidad mental. No

obstante, la educación, la cultura y la experiencia adquirida durante la vida constituyen una buena base para reentrenar o reaprender las habilidades que van disminuyendo.

Así también, “la vejez puede ser una época de realización, de agradable productividad y de la consolidación de habilidades y conocimientos” (GÓMEZ, 2008).

Sin embargo, los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a muchas crisis y tensiones acumuladas, a las que las personas deben enfrentarse y que pueden ser el detonador de algún problema de salud mental.

Algunos de estos retos pueden ser:

- Vivir con una enfermedad crónico-degenerativa que obliga a modificar su independencia y formas de vida activa.
- La pérdida de la pareja, de algún amigo o de algún miembro de la familia.
- Aislamiento y soledad.
- Un escaso ingreso económico.
- Modificación del lugar que ocupaba en la familia como pareja, líder o proveedor.
- Las enfermedades mentales o emocionales pueden manifestarse de muchas maneras y se confunden con dolencias o enfermedades físicas.

2.3. CRISIS DE IDENTIDAD EN EL ADULTO MAYOR

Esta situación se presenta por varios motivos que causan un conflicto interno en la persona.

Algunos de ellos se mencionan a continuación:

- Vive en la incertidumbre del futuro y tiende a replegarse a sí mismo.
- Vive una transformación rápida de sus capacidades físicas e intelectuales y de su modo de vida.
- Surge una crisis de identidad: deja de saber quién es y para qué sirve.
- Le asaltan dos temores, por un lado el temor a perder el control de su vida. Este temor va de la mano del género: ¿qué teme perder el hombre? ¿qué teme perder la mujer? Y por otro lado la incertidumbre nacida de un sentimiento de inutilidad.
- La llegada a una situación de dependencia debido a la edad avanzada provoca un fuerte deseo de independencia y por otra parte hace resurgir conflictos con la familia de origen, pero ahora llevados a otras personas.

Es evidente que la ausencia de un apoyo familiar firme es un factor de riesgo de institucionalización nada deseable, ya que el objetivo principal de la geriatría es que el adulto mayor esté en su medio habitual, rodeado de su familia, de sus cosas; que sea tratado como un ser humano rico en sabiduría, experiencias y vivencias.

Por otro lado, la demencia es uno de los problemas de salud mental más graves que aquejan a las personas adultas mayores, ya que se debe a un desorden progresivo de las funciones intelectuales superiores, tales como la memoria, el lenguaje, la concentración y la motricidad (movimiento de los brazos y piernas), afectando las actividades de la vida diaria.

2.4. CAMBIOS EMOCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

“Los ancianos en esta etapa de su vida, se enfrentan no sólo a cambios físicos o a cambios que involucran un deterioro cognitivo, sino que también es probable que manifiesten ciertos sentimientos de abandono o soledad que podrían ser causados a raíz de que algunas veces sus familiares no los comprenden y más bien los toman como si fueran una carga” (RAGE, La personalidad del adulto mayor, 2009).

Los cambios físicos se lo relaciona con sentimientos de minusvalía debido a que el anciano experimenta continuos deterioros en su salud lo cual probablemente lo imposibilite de a pocos a realizar tareas que años antes podía hacer de manera sencilla; ante ello el anciano podría sentirse imposibilitado para realizar muchas actividades tan simples como el hecho de participar en una amena conversación, ya que su audición se ve afectada o de leer sin mayor esfuerzo incluso usando lentes, ya que su sentido visual sufre un gran deterioro. Y si hablamos de cambios cognitivos, se puede decir que éstos afectan las emociones de los ancianos en tanto pueden originar sentimientos de frustración al no poder recordar no sólo algunas cosas o experiencias pasadas que han vivido sino que también podrían generar sentimientos de ser poco útiles en tanto poco a poco se olvidan hasta de cualquier pequeño detalle por más que haya ocurrido hace instantes, o realizan cosas y posteriormente olvidan que las han realizado.

Berger, L. (2009) postula que ante cambios como la jubilación “la mayoría de los ancianos que deciden reducir su jornada laboral o se jubilan, no solo se adaptan bien a su nueva situación, sino que incluso mejoran su estado de salud y su felicidad”.

2.5. ASPECTOS EMOCIONALES Y SOCIALES DEL ADULTO MAYOR

El aspecto social del adulto mayor es algo difícil de hablar, ya que las personas de esta edad se van alejando de la sociedad y en ocasiones tienden a aislarse por completo, ellos en ocasiones no son capaces de crear nuevas amistades si no que solo conviven con la gente que ya conocen y con sus iguales, ósea personas de la tercera edad.

Las personas que son queridas, apoyadas, y se sienten simplemente valoradas son adultos mayores que tienden hacer más felices ya que se sienten parte de una familia donde hay amor y cariño donde los miembros de la familia le dan un lugar importante al anciano por todo lo que sabe y lo que ha vivido.

Pero desgraciadamente esa realidad no es la vida de todo anciano, hay otros que sufren discriminación por ser precisamente ancianos y no tienen ese respeto que se merecen por ser sabios, son desvalorizados y en ocasiones maltratados física, verbal y psicológicamente.

Si el adulto mayor no obtiene algún tipo de motivación para seguir con su vida habitual, y al contrario en lugar de tener apoyo se le brinda un trato de desvalorización y discriminación, el anciano va a generar emociones negativas y por consiguiente sus relaciones interpersonales no serán muy buenas, si le brinda el desarrollo óptimo afectivo al anciano sería lo más sano para la persona ya que se sentiría querido y apoyado por alguien, tendría más ánimo para continuar y compartir más cosas con más personas, no solo de su edad sería capaz de relacionarse con gente más joven y sentirse que está transmitiendo todo lo que sabe a una nueva generación y eso hace sentir al anciano importante, que está haciendo algo por la sociedad.

Para Maxell, (2008), “Uno de los principales problemas en el anciano es la pérdida de la memoria o la imposibilidad de retener información, ya que con el paso de la edad la memoria se deteriora, el aprendizaje y la atención suelen ser menos favorables para la persona, es por esto que el anciano suele olvidar con frecuencia las cosas o es más complicado enseñarle algo y que estos aprendan rapidez y facilidad, por esto es mejor proporcionarles claves que guíen su recuerdo ya que esto mejorara en mucho su rendimiento y su memoria”.

2.6. INESTABILIDAD EMOCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

“La inestabilidad emocional en el adulto mayor es una de las características del deterioro de la mente a esa edad” (LAMAS, 2011). Es normal que cuando uno es anciano los sentidos pierdan fuerza a la vez que la mente ya no tiene las mismas capacidades que tiene uno de joven. Por ello es necesario que estemos preparados para cuando nos toque vivir esos momentos,

comprendiendo desde ahora que tarde o temprano es algo con lo que tendremos que lidiar en la vida.

La autoestima en el adulto mayor se va perdiendo a partir del hecho en que se va sintiendo solo cuando pierde a su pareja, ante la pérdida de la fuerza física, la pérdida de la salud, la falta de dinero, la independencia de los hijos, la falta de trabajo y el trato de la gente que lo rodea, la falta de comprensión y paciencia de los demás y la invalidez. Esto crea en el adulto mayor una sensación de minusvalía.

2.7. LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia familiar.

Tirado Tur. C (2006) Manifiesta que entre los trastornos psiquiátricos más importantes que vive el adulto mayor se señala la depresión, la cual se expresa a través de estados de ánimo permanentes de tristeza, soledad, indiferencia, negativismo, pesimismo, pronta irritabilidad, frustración, entre otros. La depresión afecta integralmente al paciente que la padece, deteriora su calidad de vida y determina cambios fundamentales en sus formas de relación, por tanto, conmueve a su familia y entorno social más cercano.

Cuando un adulto mayor vive depresión se encuentra agobiado por un sentimiento negativo contra el cual no puede luchar de manera individual y voluntaria y que interfiere de manera drástica en su cotidianidad. Debe, por tanto, contar con un tratamiento multidisciplinario que incluya la acción médica especializada, el apoyo de la atención psicológica y la intervención adecuada del entorno familiar y social.

Psicológicamente el envejecimiento produce una disminución de la autoestima. Es posible que la persona sienta que ya no es importante para su entorno y perciba que los demás ya no le dan mayor significado, lo que además genera la pérdida del sentido de la vida, mucho más si los adultos mayores no han logrado su desarrollo intelectual y ya no son mentalmente activos.

Es importante trabajar a través de estrategias cognitivas y afectivas que le permitan aceptarse a sí mismo de manera positiva, mejorar su autoestima y recuperar un auto concepto constructivo que le haga mirar la propia valía personal.

Se deben crear espacios y generar experiencias en donde el adulto mayor pueda sentirse bien con los demás y formar acciones que le permitan sentirse capaz de actuar por sí mismo, más allá de las limitaciones físicas, psicológicas o sociales que le toque enfrentar.

2.7.1 CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN

2.7.1.1. Características psicológicas

La depresión está asociada con un número de características psicológicas que, por su propia naturaleza, a menudo permanecen ocultas a los observadores a pesar de que constantemente afectan a la persona deprimida. Tales características incluyen sentimientos abrumadores de tristeza, desesperanza, remordimiento, culpa y bajeza. A las personas deprimidas les resulta difícil concentrarse y no son capaces de hacerlo por completo, lo que puede reducir su capacidad para responder adecuadamente al estrés.

2.7.1.2. Características físicas

Aunque la depresión se caracteriza como una enfermedad mental, se manifiesta físicamente a través de varias condiciones notables. La pérdida de energía (fatiga, letargo, inquietud, debilidad) es una condición común que es característica de la depresión. Las alteraciones del sueño - como el insomnio, aumento o disminución del sueño y un horario anormal de sueño - son también características físicas asociadas con la depresión.

2.7.2. ÁREAS AFECTADAS

Estados de ánimo-sentimientos: las personas deprimidas se sienten melancólicas, tristes y ansiosas, y las situaciones de felicidad no cambian su estado de ánimo. También se sienten impotentes, culpables, irritables e incapaces de pensar con claridad.

Ideas-pensamientos: las ideas y los pensamientos son negativos. Incluso las personas deprimidas piensan que son inútiles y sin esperanza

Parte física-corporal: el sueño y la digestión de alimentos se ven perturbado.

Acciones_ conductas: llanto frecuente. La impaciencia es algo común, rutinas como levantarse de la cama o vestirse pueden convertirse en algo difícil de realizar. La reacción relacionada con la depresión que resulta más preocupante es el suicidio.

2.7.3 CAUSAS

Genéticas: Algunas personas heredan cierta vulnerabilidad a la depresión. Está en los genes. Si los padres o hermanos sufrieron de depresión, el riesgo es alto.

Factores de desarrollo: Las personas que son que crecen en un ambiente donde se encuentran sujetos deprimidos y se ven lastimados en su desarrollo, se vuelven vulnerables a la depresión.

Factores sociales: los conflictos familiares, el ambiente familiar, los problemas legales/económicos. Una cultura centrada en el egoísmo, o la pérdida de seres queridos.

Fisiológicas: el mal funcionamiento de la de la comunicación neuronal. A veces las enfermedades físicas causan depresión: la gripa, el cáncer, los cambios hormonales, incluso ciertos medicamentos

Estructurales: Todos han tenido alguna experiencia con la depresión porque es una reacción común en ciertas etapas de la vida.

2.7.4 SINTOMAS DE LA DEPRESIÓN

- Sentimientos de tristeza o irritabilidad
- Pérdida de interés en actividades que normalmente disfruta.
- Aumento o disminución marcada del apetito.
- Cambios en los patrones de sueño.
- Sentimientos de culpa, desesperanza o de que “no valgo o no sirvo para nada”
- Incapacidad para concentrarse o para tomar decisiones, fallas de la memoria.
- Pensamientos recurrentes sobre muerte o suicidio.
- Cansancio constante o falta de energía.
- Agitación, inquietud, o disminución de la actividad. .

2.7.5 TIPOS DE DEPRESIÓN

Normal: La persona presenta muchos de los síntomas de la depresión que le impiden realizar las actividades cotidianas, La depresión es una experiencia muy común para todos nosotros. Todos nos sentimos hartos, abatidos o tristes en algún momento de nuestras vidas. Las razones para tales sentimientos suelen parecer evidentes -una discusión, una frustración, una pérdida de algo o alguien importante- aunque no siempre es así. En ocasiones nos sentimos

malhumorados, fastidiados, tristes, o "nos hemos levantado con el pie izquierdo" y realmente no sabemos por qué.

Depresión leve. Cuando la persona presenta sólo algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria le generan un gran esfuerzo.

Depresión severa: Se refiere a cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y ésta le impide realizar sus actividades diarias.

La depresión severa es una seria enfermedad cuyos síntomas incluyen humor deprimido, disminución en el nivel de energía y en el interés por la vida, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño, y pensamiento y movimientos ya sea lentos o agitados. La depresión severa no es una tristeza pasajera. Si no se obtiene tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años, sin embargo, un tratamiento adecuado puede ayudar a la mayoría de las personas que sufren de depresión.

2.8. LA PSICOLOGÍA DEL ADULTO MAYOR

“La personalidad, el carácter, el psiquismo del hombre que envejece se modifica poco a poco. La memoria de fijación y la evocación de los hechos presentes son los primeros que se alteran, considerándose mejor la memoria de evocación de los hechos antiguos. Disminuyen también la atención y las posibilidades de concentración intelectual, siendo difícil sostener el esfuerzo. La imaginación se adormece y la fatigabilidad es más rápida” (URIBE A. F.-C., 2010).

“El déficit de actividad mental, la ausencia de fijación, el resurgimiento constante de antiguos recuerdos, la constante referencia a los mismos temas estereotipados” (TROBAL, 2010), la evocación de estos recuerdos se acompaña de incontinencia emocional compuesta de hiperemotividad y sensiblería excesiva, que se expresa libremente por insuficiente control de las

reacciones emotivas favorecidas también, desde el punto de vista orgánico, por cierta liberación talámica análoga.

El anciano tiene ciertas dificultades para adaptarse a nuevas situaciones, inconscientemente evoluciona hacia el egocentrismo, que contrasta generalmente con sus tendencias anteriores y que le fija en las situaciones presentes, exagerando sus sentimientos de propiedad y haciéndole a la vez desconfiado, avaro y contradictorio.

e. MATERIALES Y MÉTODOS

Durante la presente investigación, se utilizó los siguientes métodos, técnicas e instrumentos:

MÉTODOS

✓ **MÉTODO CIENTÍFICO**

Que sirvió para analizar, sistematizar y ordenar la información teórica obtenida a través de libros, internet y revistas científicas para explicar teóricamente el problema investigado.

✓ **MÉTODO ANALÍTICO-SINTÉTICO.**

Permitió analizar los datos empíricos de la información del trabajo investigativo abstrayendo su contenido formal en el proceso del desarrollo del proyecto, y así se extraerá las partes de un todo para estudiarla y examinarlas por separado dando cumplimiento a los objetivos específicos.

✓ **MÉTODO DEDUCTIVO**

Sirvió para partir de una conclusión general del problema investigado y llegar a conclusiones particulares sobre la terapia ocupacional y el estado emocional.

TÉCNICAS

Para cumplir los objetivos específicos se utilizó las siguientes técnicas:

- ✓ **Encuesta.-** Dirigida al personal que labora en el centro de Día “SAN JOSÉ”, la cual nos permitió obtener información sobre la terapia ocupacional de los adultos mayores del centro para dar cumplimiento al primer objetivo específico.

- ✓ **Ficha de Observación.**- Se utilizó con la finalidad de identificar las características del estado emocional predominante de las personas investigadas para dar cumplimiento al segundo objetivo específico.

INSTRUMENTOS

- ✓ **El test.**- Se aplicó el test geriátrico de Yesavage, el mismo que se utiliza con personas adultas mayores y sirve para evaluar el nivel de depresión que presentan los Adultos Mayores. para dar cumplimiento al segundo objetivo específico.

LA POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 12 adultos y 3 profesionales, quedando una muestra total de 15 personas investigadas.

CENTRO DE DÍA	ADULTOS MAYORES	PERSONAL QUE LABORA	TOTAL
POBLACIÓN	12	3	15

f. RESULTADOS

Objetivo Específico I: Identificar el tipo de Terapia Ocupacional que se aplican en los Adultos Mayores del Centro de Día “SAN JOSÉ”

Para contrastar este objetivo se utilizó la encuesta dirigida al personal del Centro de Día para conocer si la terapia ocupacional influye en el estado emocional de los adultos mayores.

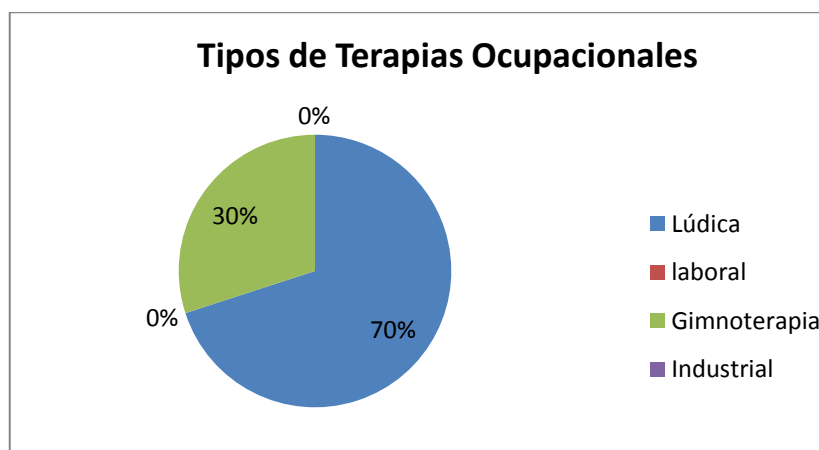
1.-Señale el tipo de Terapia Ocupacional que se practica en el Centro de Día.

CUADRO 1: Tipos de Terapias Ocupacionales

Variable	f	%
Lúdica	2	70%
Laboral	0	0%
Gimnoterapia	1	30%
Industrial	0	0%
TOTAL	3	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al personal del Centro de Día “SAN JOSÉ”
ELABORADO POR: Dorys R. Lapo Arrobo

GRÁFICO 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Mediante los resultados obtenidos tenemos el 70% del personal encuestado trabajan con la terapia lúdica y el 30% con gimnoterapia.

Para Pelaez, M. (2009) la terapia lúdica: “Es una forma de aprendizaje, de tomar contacto con la realidad, en complemento con la gimnoterapia se logra una sensación de bienestar constituyéndose en un elemento sensorial útil, para llegar a un mejor control y conocimiento de sí mismo.

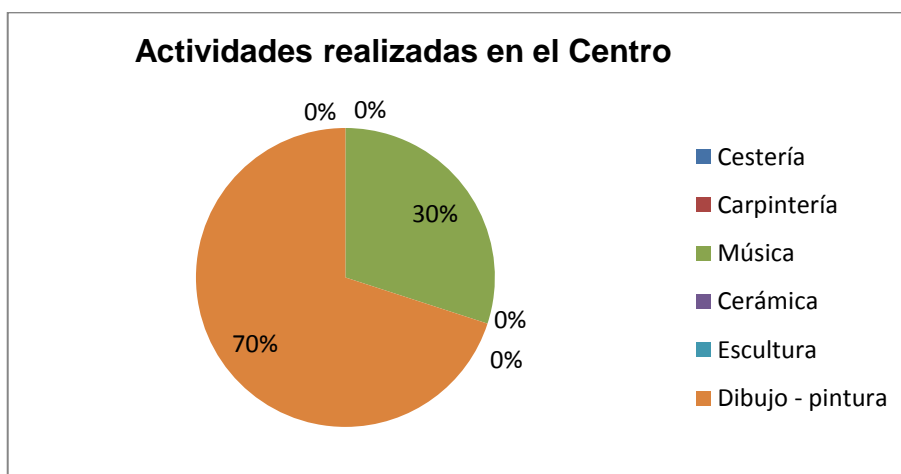
2.-Señale las actividades ocupacionales que realiza en el Centro.

CUADRO 2: Actividades que se realizan dentro del Centro

Variable	f	%
Cestería	0	0%
Carpintería	0	0%
Música	1	30%
Cerámica	0	0%
Escultura	0	0%
Dibujo y pintura	2	70%
TOTAL	3	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al personal del Centro de Día “SAN JOSÉ”
ELABORADO POR: Dorys R. Lapo Arrobo.

GRÁFICO 2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Mediante los resultados obtenidos tenemos que el dibujo y pintura se realizan en un 70% y la música en un 30%.

Las actividades preferidas por los adultos mayores son el dibujo y pintura esto les ayuda a despertar la creatividad y a su vez se mantienen ocupados física y mentalmente, y la música les ayuda a relajarse y distraerse, facilitan el contacto, la interacción, la conciencia de sí, el aprendizaje, la expresión, el desarrollo personal y la comunicación. También puede crea un ambiente tranquilo y seguro que favorezca al desarrollo del Adulto Mayor.

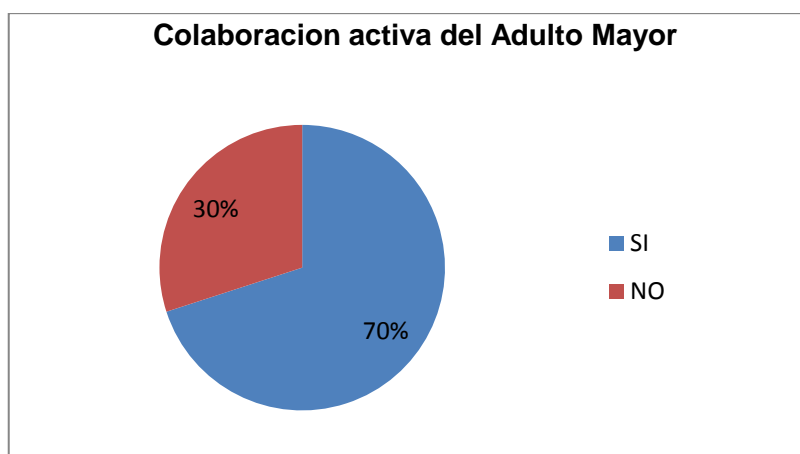
3. Busca la colaboración activa del adulto mayor frente a la Terapia Ocupacional.

CUADRO 3: Colaboración activa del Adulto Mayor

Variable	f	%
SI	2	70%
NO	1	30%
Total	3	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al personal del Centro de Día "SAN JOSÉ"
ELABORADO POR: Dorys R. Lapo Arrobo.

GRÁFICO 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Mediante los resultados obtenidos tenemos que existe un 70% de colaboración por parte de los adultos mayores y un 30% no colabora con las actividades.

Es importante lograr que el adulto mayor participe de manera activa en las terapias ocupacionales esto les permite distraerse física y mentalmente lo que nos ayuda a mejorar su estado emocional, en algunas ocasiones no es posible lograr esto, ya que se debe a la edad de los mismos y enfermedades que los aquejan.

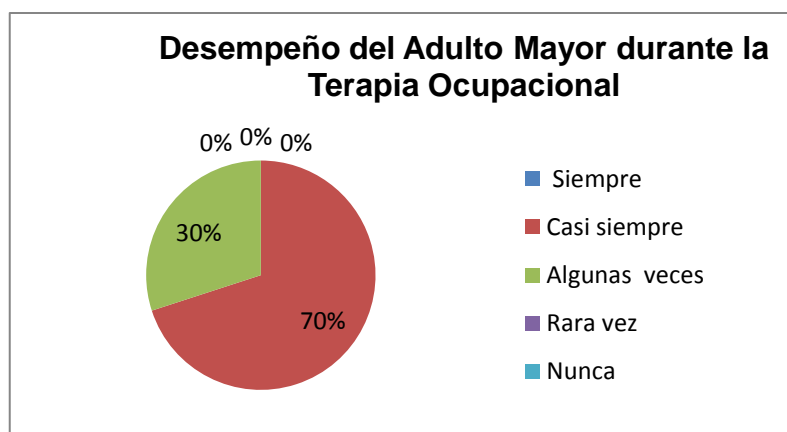
4. Se siente satisfecho con el desempeño de los Adultos Mayores durante las actividades.

CUADRO 4: Desempeño del Adulto Mayor durante la Terapia Ocupacional

Variable	f	%
Siempre	0	0%
Casi siempre	2	70%
Algunas veces	1	30%
Rara vez	0	0%
Nunca	0	0%
total	3	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al personal del Centro de Día “SAN JOSÉ”
ELABORADO POR: Dorys R. Lapo Arrobo.

GRÁFICO 4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Mediante los resultados obtenidos el 70% del personal encuestado casi siempre logra sentirse satisfecho con el desempeño de los adultos mayores, mientras tanto el 30% algunas veces.

El personal encuestado manifiesta que trabajar con adultos mayores es una satisfacción muy grande .al lograr que estos trabajen en las terapias ocupacionales se siente una satisfacción enorme ya que ellos se dejan ayudar y al ocuparse se distraen y se olvidan de las enfermedades y problemas que los afligen.

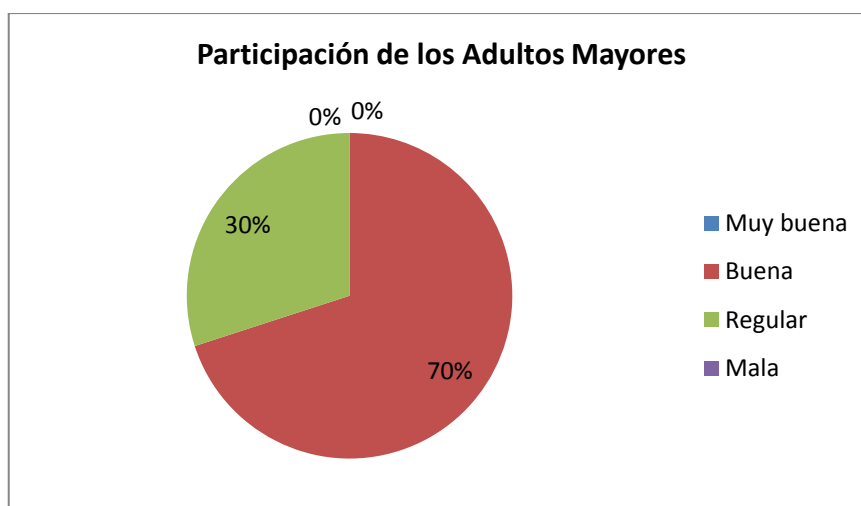
5.- De las siguientes alternativas marque con una (x) la participación de los Adultos Mayores en las terapias ocupacionales

CUADRO 5: Participación de los Adultos Mayores

Variable	f	%
Muy buena	0	0
Buena	2	70%
Regular	1	30%
Mala	0	0
TOTAL	3	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al personal del Centro de Día "SAN JOSÉ"
ELABORADO POR: Dorys R. Lapo Arrobo.

GRÁFICO 5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De acuerdo a las respuestas adquiridas, 2 personas cuyo porcentaje es 70% afirman que la participación del adulto mayor en la terapia ocupacional es buena; mientras que 1 persona que equivale al 30% mencionó que la participación de los Adultos Mayores es regular.

Al contar con una buena participación de los adultos mayores en terapias ocupacionales les ayuda a mejorar el estado emocional, autoestima, participación social, etc.; en algunas ocasiones la intervención es muy poca debido a la edad de los mismos, el estado de salud, y algunos casos por discapacidad.

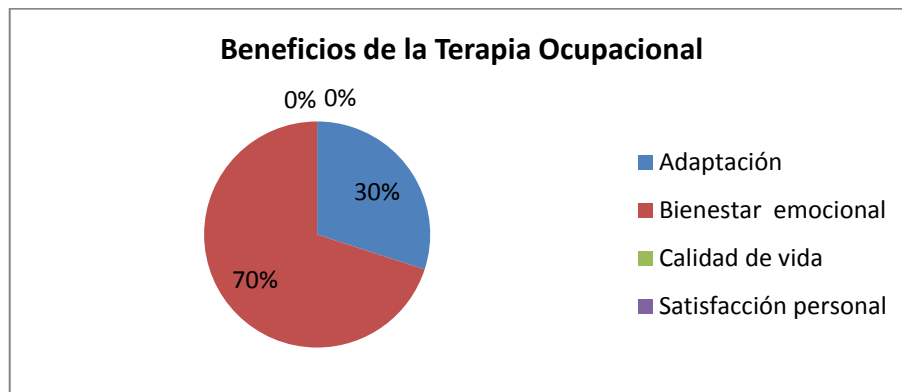
6.- A través de las actividades que usted realiza en la Terapia Ocupacional que es lo que desea lograr en los Adultos Mayores

CUADRO 6: Beneficios de la Terapia Ocupacional

Variable	f	%
Adaptación	1	30%
Bienestar emocional	2	70%
Calidad de vida	0	0%
Satisfacción personal	0	0
TOTAL	3	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al personal del Centro de Día "SAN JOSÉ"
ELABORADO POR: Dorys R. Lapo Arrobo.

GRÁFICO 6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados obtenidos tenemos que el 70% del personal desean lograr en el adulto mayor un bienestar emocional través de la terapia ocupacional, y el 30% aspira conseguir una buena adaptación del mismo.

Garces, E. (2009) Manifiesta que “en ocasiones, el adulto mayor se encuentra sin las herramientas que le permiten su adaptación, tales como la motivación o refuerzos sociales”. Al carecer de estas herramientas es difícil que se adapte a nuevos hábitos y circunstancias de vida, además de que siente que la sociedad no lo valora en la forma en que el adulto mayor considera que sería lo justo. Por otra parte, encontramos que existen adultos mayores que son más intelectuales o permanecen mentalmente activos, los cuales son capaces de enfrentar su vejez con mayor serenidad que aquellos cuya vida carece de sentido.

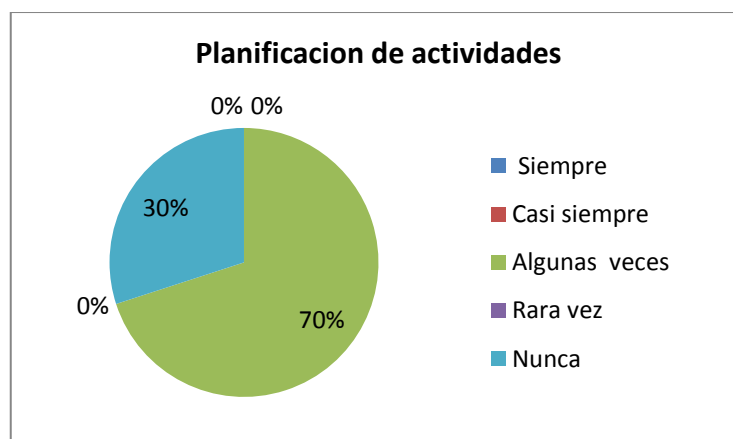
7. Las actividades de Terapia Ocupacional son planificadas, y organizadas de acuerdo a los casos de los Adultos Mayores?

CUADRO 7: Planificación de las actividades

Variable	f	%
Siempre	0	0%
Casi siempre	0	0%
Algunas veces	2	70%
Rara vez	0	0%
Nunca	1	30%
total	3	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al personal del Centro de Día "SAN JOSÉ"
ELABORADO POR: Dorys R. Lapo Arrobo.

GRÁFICO 7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Mediante los resultados obtenidos el 70% del personal encuestado manifiesta que algunas veces son planificadas las actividades, mientras tanto el 30% nunca son planificadas.

En el centro no existe una planificación adecuada para trabajar con cada uno de los adultos mayores, las planificaciones en si son de manera general y

adecuadas para de esta manera involucrar a todos los adultos mayores. En ciertos casos cuando las actividades son difíciles de realizar para algunos Adultos Mayores se elabora una planificación acorde a la persona.

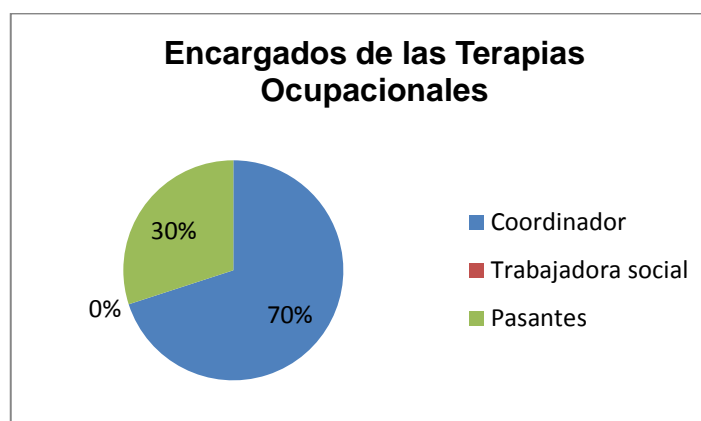
8. ¿Quién son los encargados de aplicar las Terapias Ocupacionales?

CUADRO 8: Encargados de las Terapias Ocupacionales

Variable	f	%
Coordinador	2	70%
Trabajadora social	0	0%
Pasantes	1	30%
total	3	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al personal del Centro de Día "SAN JOSÉ"
ELABORADO POR: Dorys R. Lapo Arrobo.

GRÁFICO 8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Mediante los resultados obtenidos el 70% del personal encuestado afirman que el coordinador del Centro es el encargado de aplicar las terapias ocupacionales y en un 30% los pasantes ya que no se cuenta con profesionales para la aplicación de las actividades.

En el centro básicamente la persona que más trabaja con los Adultos mayores es el coordinador, el aplica la terapia ocupacional y cuando la institución cuenta

con pasantes ellos son los encargados de trabajar con dicha terapia ya que no se cuenta con profesionales para la aplicación de las actividades.

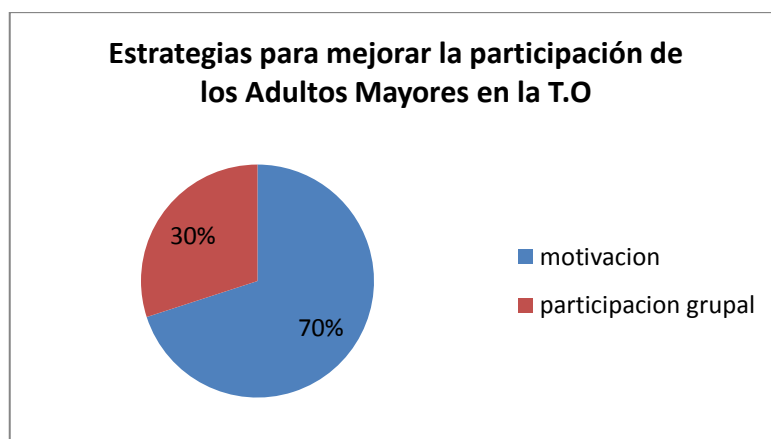
9. Cuáles son las estrategias que usted utiliza para mejorar la participación de los Adultos Mayores en las Terapias Ocupacionales que se brinda en el centro que usted labora.

CUADRO 9: Estrategias para mejorar la participación de los Adultos Mayores en la Terapia Ocupacional

Variable	f	%
Motivación	2	70%
Participación grupal	1	30%
TOTAL	3	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al personal del Centro de Día "SAN JOSÉ"
ELABORADO POR: Dorys R. Lapo Arrobo.

GRÁFICO 9



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Tenemos que el 70% que corresponde a 2 personas utiliza la motivación para trabajar con los adultos mayores y 1 cuyo porcentaje es 30% prefiere la participación grupal.

La motivación ayuda al Estado Emocional ya que sin duda alguna es esencial para conseguir logros y metas personales así como para desarrollar seguridad en sí mismo, la participación grupal es una estrategia buena de trabajo porque

le permite al adulto mayor integrarse con los demás y mejorar su autoestima, la motivación ayuda al estado emocional ya que sin duda alguna es esencial para conseguir logros y metas personales así como para desarrollar seguridad en sí mismo.

10.- ¿A su consideración la Terapia Ocupacional es favorable para mejorar el Estado Emocional de los adultos mayores?

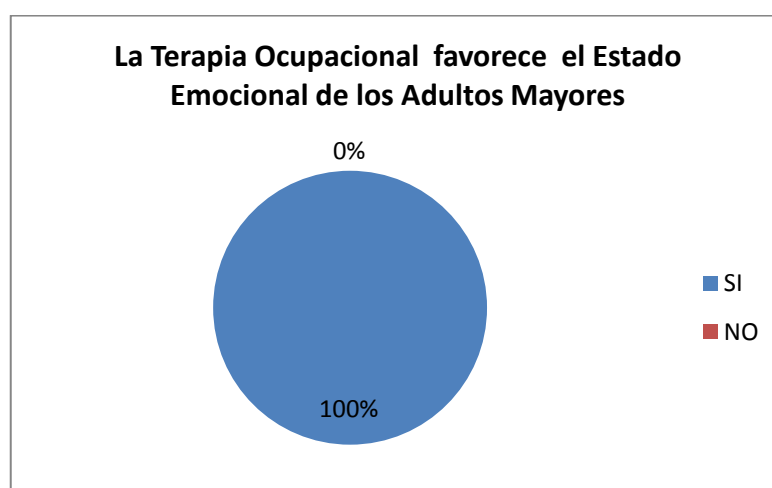
CUADRO 10: La Terapia Ocupacional es favorable para el Estado Emocional de los Adultos Mayores

Variables	f	%
SI	3	100%
NO	0	0%
TOTAL	3	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al personal del Centro de Día "SAN JOSÉ"

ELABORADO POR: Dorys R. Lapo Arrobo.

GRÁFICO 10



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En base a los resultados obtenidos tenemos que el 100% correspondiente a las 3 personas encuestadas, consideraron la terapia ocupacional favorable para el estado de emocional de los adultos mayores.

Gary Kielhofner, Manifiesta que “el principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar a la persona para alcanzar un equilibrio en las ocupaciones, con el fin de que su vida sea satisfactoria y significativa”.

La terapia ocupacional favorece al adulto mayor en la búsqueda de su identidad psicológica, perdida o fragmentada por distintos acontecimientos, el desarrollo de habilidades sociales y habilidades emocionales (autoconocimiento, autocontrol, automotivación, empatía) que permitan asumir un rol activo en la relación con los demás.

OBJETIVO II: Determinar el Estado Emocional de los Adultos Mayores del Centro de Día “SAN JOSÉ”

TEST: ESCALA GERIÁTRICA DE ESTADO EMOCIONAL DE YESAVAGE

Para contrastar el segundo objetivo específico se utilizó el test de Yesavage para evaluar el estado emocional depresivo que presentan los adultos mayores

PACIENTE	TEST DE YESAVAGE		
	Estado Emocional Predominante		
	Depresión normal	Depresión leve	Depresión severa
Paciente 1		x	
Paciente 2		x	
Paciente 3		x	
Paciente 4		x	
Paciente 5		x	
Paciente 6	x		
Paciente 7		x	
Paciente 8		x	
Paciente 9		x	
Paciente 10		x	
Paciente 11	x		
Paciente 12		x	
TOTAL	2	10	0
PORCENTAJE	17%	83%	0%

FUENTE: Test de escala geriátrica de estado emociona de Yesavage a los adultos mayores del Centro de Día “SAN JOSÉ”

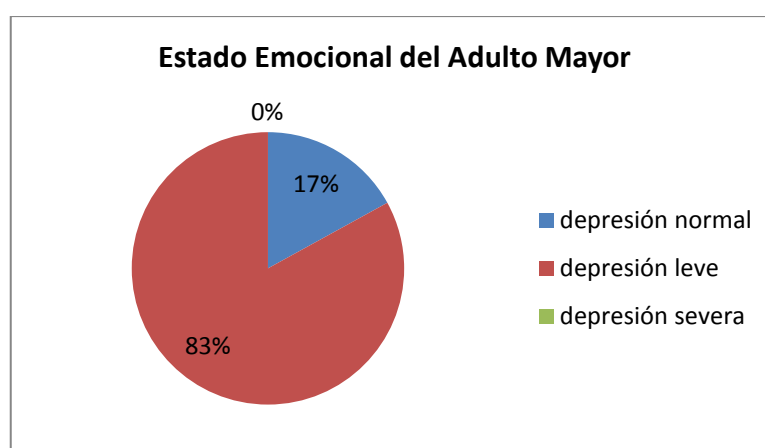
INVESTIGADORA: Dorys R. Lapo Arrobo.

Cuadro del resumen del Test de escala Geriátrica de Estado Emocional de Yesavage

Diagnostico	f	%
Depresión normal	2	17%
Depresión leve	10	83%
Depresión severa	0	0%
TOTAL	12	100%

FUENTE: Test de escala geriátrica del estado emocional de Yesavage dirigida a los adultos mayores del Centro de Día "SAN JOSÉ"
ELABORADO POR: Dorys R. Lapo Arrobo.

GRÁFICO 11



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En base a los resultados obtenidos podemos verificar que 10 adultos mayores que equivale al 83% presentan depresión leve, en cuanto al 17% correspondiente a 2 personas muestran depresión normal.

(LAMAS, 2011) Manifiesta que "La inestabilidad emocional en el adulto mayor es una de las características del deterioro de la mente a esa edad". La depresión en el adulto mayor muchas veces va avanzando a partir del hecho en que se va sintiendo solo cuando pierde a su pareja, ante la pérdida de la fuerza física, la pérdida de la salud, la falta de dinero, la independencia de los hijos, la falta de trabajo y el trato de la gente que lo rodea, la falta de comprensión y paciencia de los demás y la invalidez.

Tirado Tur. C (2006) Manifiesta que entre los trastornos psiquiátricos más importantes que vive el adulto mayor se señala la depresión, la cual se expresa a través de estados de ánimo permanentes de tristeza, soledad, indiferencia, negativismo, pesimismo, pronta irritabilidad, frustración, entre otros. La depresión afecta integralmente al paciente que la padece, deteriora su calidad de vida y determina cambios fundamentales en sus formas de relación, por tanto, conmueve a su familia y entorno social más cercano.

RESULTADOS DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico se aplicó una ficha de observación para determinar el estado emocional predominante de los adultos mayores.

PACIENTE	FICHA DE OBSERVACIÓN			
	Estado Emocional Predominante			
	Alegría	Tristeza	Ira	Miedo
Paciente 1			x	
Paciente 2		x		
Paciente 3	x			
Paciente 4			x	
Paciente 5		x		
Paciente 6			x	
Paciente 7		x		
Paciente 8		x		
Paciente 9			x	
Paciente 10		x		
Paciente 11		x		
Paciente 12	x			
TOTAL	2	6	4	0
PORCENTAJE	17%	50%	33%	0%

FUENTE: Ficha de observación del estado emocional predominante aplicada a los adultos mayores del Centro de Día "SAN JOSÉ"

INVESTIGADORA: Dorys R. Lapo Arrobo.

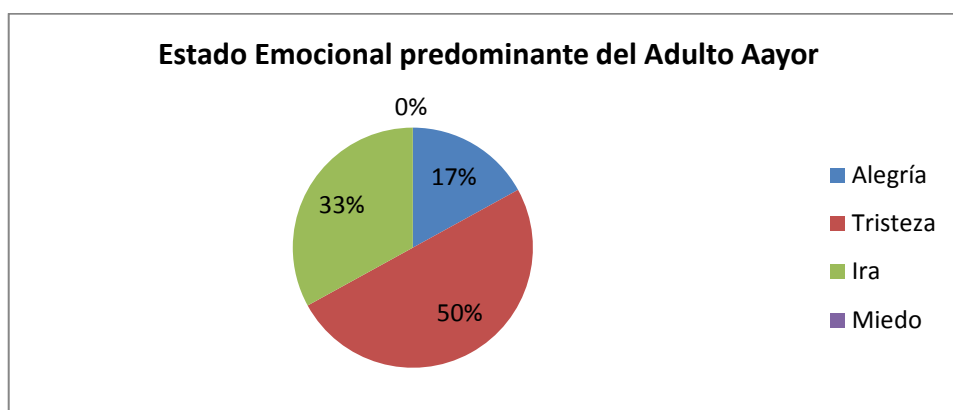
CUADRO DE RESUMEN DEL PROMEDIO DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN

Variable	f	%
Alegría	2	17%
Tristeza	6	50%
Ira	4	33%
Miedo	0	0%
TOTAL	12	100%

FUENTE: Ficha de observación del estado emocional predominante aplicada a los adultos mayores del Centro de Día "SAN JOSÉ"

INVESTIGADORA: Dorys R. Lapo Arrobo.

GRÁFICO 12



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De los 12 adultos mayores observados durante el proceso de investigación, tenemos que 2 de ellos cuyo porcentaje es 17% expresan alegría, 6 que representan el 50% demuestran tristeza, 4 que constituyen el 33% manifiestan ira.

(URIBE A. F.-C., 2010) "La personalidad, el carácter, el psiquismo del hombre que envejece, se modifica poco a poco" la ira, soledad, indiferencia, negativismo, pesimismo, pronta irritabilidad, frustración entre otras son características de la depresión. Y afecta integralmente al paciente que la padece, deteriora su calidad de vida, y determina cambios fundamentales en sus formas de relación, por tanto, afecta a su familia y entorno social más cercano.

Objetivo Específico III. Relacionar comparativamente la Terapia Ocupacional con el Estado Emocional de los Adultos Mayores del Centro de Día “SAN JOSÉ”

PACIENTES	ESTADO EMOCIONAL		TIPO DE TERAPIA	
	DEPRESIÓN NORMAL	DEPRESIÓN LEVE	LÚDICA	OTRAS
1			X	
2			X	
3		X	X	
4		X	X	
5		X	X	
6	X		X	
7			X	
8			X	
9		X	X	
10		X	X	
11	X		X	
12		X	X	
TOTAL	2	10	12	
TOTAL %	17%	83%	100%	0%

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Luego de haber realizado la investigación en el Centro de Día “SAN JOSÉ” se evidencio que el Estado Emocional en el 83% de los Adultos Mayores es la depresión leve, manifestándose principalmente en la tristeza e ira y que la terapia que se aplica al 100% de la población investigada es la terapia lúdica, la misma que favorece al estado emocional, pero esta no es suficiente porque no es planificada y organizada ya que tampoco cuentan con profesionales en la materia para que a través de esta terapia mejoren los adultos mayores su estado emocional y su calidad de vida.

g. DISCUSIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO I:

Identificar el tipo de terapia ocupacional que se aplica en los adultos mayores del Centro de Día "SAN JOSÉ"

Discusión

De la encuesta aplicada al personal que trabaja en el Centro de Día tenemos que:

El tipo de terapia ocupacional que se practica en el Centro es la terapia lúdica en un 70%, también que las actividades que más se realizan son el dibujo y la pintura en un 70% y la música en un 30%, así mismo tenemos que la colaboración activa del adulto mayor.

Para Pelaez, M. (2009) la terapia lúdica se puede definir de la siguiente manera: "Es una forma de aprendizaje, de tomar contacto con la realidad, a la vez que sirve de liberación de energías reprimidas que no serían toleradas a nivel de la realidad"

OBJETIVO ESPECÍFICO II:

Determinar el Estado Emocional predominante de los adultos mayores del Centro de Día "SAN JOSÉ"

Discusión

Para cumplir con este objetivo se aplicó el test de Yesavage y la Ficha de a Observación.

Del test de Yesavage aplicado, 10 personas que representan el 83% presentan depresión leve, y 2 adultos mayores que corresponden al 17% presentaron depresión normal. Con estos resultados se puede evidenciar que hay un gran número de individuos en los que prevalece la depresión leve.

Mediante la ficha de observación se pudo evidenciar que de los 12 adultos mayores, 2 de ellos que representan el 17% demuestran alegría, y 6 que representan el 50% tristeza y 4 q representan el 33% manifiestan ira.

(LAMAS, 2011) Manifiesta que “La inestabilidad emocional en el adulto mayor es una de las características del deterioro de la mente a esa edad”. La depresión en el adulto mayor muchas veces va avanzando a partir del hecho en que se va sintiendo solo cuando pierde a su pareja, ante la pérdida de la fuerza física, la pérdida de la salud, la falta de dinero, la independencia de los hijos, la falta de trabajo y el trato de la gente que lo rodea, la falta de comprensión y paciencia de los demás y la invalidez.

OBJETIVO ESPECÍFICO III:

Relacionar comparativamente la Terapia Ocupacional con el Estado Emocional de los Adultos Mayores del Centro de Día “SAN JOSÉ”

Discusión:

Luego de haber realizado la investigación en el Centro de Día “San José” se evidencio que el Estado Emocional en el 83% de los Adultos Mayores es la depresión leve, manifestándose principalmente en la tristeza e ira y que la terapia que se aplica al 100% de la población investigada es la terapia lúdica, la misma que favorece al estado emocional , pero que así mismo no es suficientemente ya que no se la imparte de manera correcta porque no es organizada ni planificada, ya que tampoco es aplicada por personal especializado.

h. CONCLUSIONES

Después de haber realizado el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación: La terapia ocupacional en el estado emocional de los adultos mayores del Centro de Día "SAN JOSÉ" se expone las siguientes conclusiones a los que se ha llegado.

- El tipo de terapia ocupacional que se aplica a los adultos mayores del Centro de Día "SAN JOSÉ" es la lúdica basándose principalmente en las actividades de dibujo, pintura y música.
- La Terapia Ocupacional no obedece a una planificación integral es rara vez planificada y es impartida por el coordinador sin preparación profesional ya que la institución no cuenta con profesionales especializados.
- El estado emocional predominante en los adultos mayores del Centro de Día "SAN JOSÉ" es la depresión leve, manifestada con características de tristeza e ira.
- La terapia ocupacional lúdica se relaciona con el estado emocional depresivo leve de los adultos mayores, misma que no es suficiente para mantener un estado emocional adecuado, ya que no es aplicada adecuadamente.

i. RECOMENDACIONES

- A los directivos de la institución, que la Terapia Ocupacional sea de forma programada, planificada y bien ejecutada, para mejorar el estado emocional de los adultos mayores y que cuenten con un profesional adecuado.
- A los profesionales del centro que consideren las necesidades individuales de los Adultos Mayor, para implementar la Terapia Ocupacional de tal forma que favorezca su estado emocional.
- A los familiares, que lleven continuamente a los adultos mayores a las Terapias Ocupacionales para que puedan beneficiarse de los efectos terapéuticos de la misma y mejorar el estado emocional de los adultos mayores.

j. BIBLIOGRAFÍA

- ❑ AOTA. Terapia ocupacional es el uso terapéutico de actividades de autocuidado, Edit. Médica Panamericana. Madrid 2006
- ❑ BEGOÑA, Polonio. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Edit. Panamericana. México 2008
- ❑ BELLAMY, A. La terapia ocupacional, Edit, Praxis. Barcelona 2007
- ❑ BERGER, Louis. Los adultos mayores una nueva etapa de vida. Edit. Hill. México, 2009
- ❑ CANO-VINDEL, A. La terapia ocupacional en el control emocional del adulto. Edit Emociones, Madrid 2009
- ❑ CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA SOCIAL (CONPES), (2004). Lineamientos para la operación del programa nacional de alimentación para el adulto mayor "Juan Luis Londoño de la Cuesta" y la selección y priorización de sus beneficiarios. Documento Conpes Social.
- ❑ GALLAR, M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Edit. Paraninfo, Madrid, 2009
- ❑ GARCÉS, E. Programa para prevenir problemas en la edad adulta. Edit. Avance, Cuba, 2009
- ❑ GARCÍA PÉREZ, C: "Integración Socio laboral del Deficiente Psíquico". Amarú Ediciones, 1995, Salamanca.
- ❑ GARY KIELHOFNER, Terapia Ocupacional, Pamplona 2004.
- ❑ GÓMEZ. M. J.F. Evaluación de la Salud de los ancianos. Edit. Manizales. Colombia. 2008.
- ❑ GUILLÉN, LI., Francisco, RUIPÉREZ, C .Isidoro. Manual de Geriatría. Edit. Mason, España, 2008
- ❑ INEC, Censo de Población y Vivienda. Edit. Quito- Ecuador 2010.
- ❑ LÓPEZ, Begoña. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Edit. Panamericana, Bolivia, 2010
- ❑ LÓPEZ, I. Propuesta de intervención al adulto mayor. Edit. Integral, 2009
- ❑ McDONAL, E.M. Terapia Ocupacional En La Rehabilitación, Edit. Salvat, Segunda Edición, España 2009

- ❑ MOLINA, P. y TARRÉS, Pedro. Terapia ocupacional en geriatría: Principios y práctica. Edit. Masson. México, 2009
- ❑ MORRIS. M. Los cambios conductuales en el anciano. Edit. Percell. Guatemala 2008
- ❑ MORUNO P, ROMERO DM. Definición de la terapia ocupacional. Edit. Romero DM. Barcelona: Masson; 2009.
- ❑ NELSON, D. La ocupación permanente. Edit. Journal of Occupation. Texas, 2008
- ❑ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Edit. CIF. Ginebra, 2010.
- ❑ PELÁEZ, M. Programa de apoyo al adulto mayor. Edit. Avances. Madrid 2009
- ❑ POPOLO, F. (2001). Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Serie Población y Desarrollo 19, 5-57.
- ❑ RAGE, E. La personalidad del adulto mayor. Revista de Psicología Iberoamericana, 2009
- ❑ RAGE, E. La personalidad del anciano. Edit. Iberoamericana, Sevilla, 2008
- ❑ ROMERO, A., MORUNO, D., MIRALLES, P. Terapia Ocupacional, teoría y práctica. Edit. Masson. Londres 2009
- ❑ RUIZ GARCÍA, Heliodoro. La Terapia Ocupacional y las enfermedades mentales. Sevilla, 2007
- ❑ SPACKMAN, Willard. La terapia ocupacional. Edit. Panamericana, Buenos Aires 2008
- ❑ TROBAL, Miguel, CANO-VINDEL, A., CASADO, M. & ESCALONA, A. Emociones e hipertensión. Edit. Anales de Psicología, Madrid, 2010.
- ❑ TURNER, Annie, FOSTER Marg y otros. Terapia Ocupacional y disfunción física. Principios, técnicas y práctica. Edit. ElsevierScience, New York 2008

- ❑ URIBE, A. F & BUELA-CASAL, G. Calidad de vida en personas mayores. IV Congreso Iberoamericano de Psicología. II Encuentro de la Red Iberoamericana de Facultades y Escuelas de Psicología. Santiago de Chile, Chile 2010
- ❑ MOSEY, Definición del ambiente, Pamplona 2004.
- ❑ ROJAS QUIROZ, Mayra Alejandra, Aspectos emocionales y sociales del Adulto Mayor.

WEB-GRAFÍA

- ❑ ANDRADE, C. (2011). Tesis de Grado, “Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011”, Disponible en:
- ❑ Elliot y Barris. 3º congreso virtual "Integración sin Barreras en el Siglo XXI". 2002, Disponible en:
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1467/1/34T00245.pdf>.
 Accedido el 30 de septiembre de 2013
<http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633>. Accedido el 29 de septiembre de 2013.
- ❑ Jaspers-Faijer, D. (2005) Boletín: Envejecimiento y desarrollo en América latina y el Caribe. 2-11, Disponible en: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Terapia_ocupacional_importancia_del_contexto.shtml. Consultado el 30 de septiembre de 2013

k. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

TEMA

LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE DÍA “SAN JOSÉ”, DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO 2013-2014.

PROYECTO DE TESIS PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO DE LICENCIADA
EN PSICORREHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL

AUTORA:

Dorys del Rocio Lapo Arrobo

ASESORA:

Dra. Silvia Torres Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2014

a. TEMA

LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE DÍA “SAN JOSÉ”, DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO 2013-2014.

b. PROBLEMÁTICA

Popolo, F. (2001), manifiesta que a nivel mundial la población adulta mayor ha aumentado significativamente debido, principalmente, al aumento de la esperanza de vida y la baja tasa de fecundidad". Según datos proporcionados por el Consejo Nacional de Política Económica En América Latina y el Caribe (CONPES2004), el promedio de edad vivida en el 2006 era de 72,4 años y se espera que para el 2025 el porcentaje de población mayor de 60 años sea del 14,25%.

Específicamente, en el Ecuador hay 14'483.499 habitantes. De ellos, 940.905 son mayores de 65 años, es decir el 6,5 % de la población nacional son personas adultas mayores (INEC, Censo de Población y Vivienda 2010) La distribución por género de la población nacional adulta mayor es de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres.http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf. 30/09/13 - 22:52.

A nivel internacional ya se han originado planes dirigidos a aumentar el nivel de calidad de vida del adulto mayor, como el Plan de Acción Internacional 2006 que tiene como objetivo que los adultos mayores continúen participando en el sistema familiar, social, económico, cultural y cívicos, llevando a que estas personas desarrollen su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de toda la vida y participen conforme a sus necesidades, deseos y capacidades.

Así, se ha podido observar que el aumento de dicha población está relacionado, como se mencionaba, con el aumento de la esperanza de vida, es decir que durante "los últimos años los avances científicos, tecnológicos y las investigaciones médicas han contribuido a la disminución y control de enfermedades infecciosas y agudas, ampliando así la cobertura de los sistemas de salud y las mejoras en las condiciones sanitarias" (SOCIAL, 2008),

lo que se une a una nueva concepción del envejecimiento definido como envejecimiento saludable y activo, que abarca los siguientes componentes: duración de la vida, salud biológica y mental, eficacia cognitiva, competencia social y productividad, control personal y satisfacción en la vida.

De esta manera, en las palabras de Jaspers-Faijer, D. (2005) se puede decir que “el envejecimiento poblacional ha originado cambios no solo en las estructuras sociales, económicas y culturales de cada país, sino también en la economía, salud, tejido social, llevando a que distintos países se cuestionen en temas relacionados con el trabajo y la jubilación, la calidad de vida, la salud, el involucramiento social y la búsqueda de la seguridad económica de estas personas”.

En estas consideraciones y como un mecanismo de apoyo a las personas de la tercera edad, nace la terapia ocupacional, la misma que se encarga de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud por medio de la ocupación, que se entiende como las actividades diarias que todos realizamos, que elegimos porque nos motivan y nos permiten establecer rutinas, tener roles en nuestros medios sociales y familiares y finalmente, sentirnos parte de la sociedad. El fin último de la terapia ocupacional en las personas mayores es potenciar la participación en las ocupaciones que den satisfacción a la persona, y con esto prevenir el declive y maximizar habilidades de diverso tipo (mentales, físicas, afectivas) que permitan a la persona tener la mayor autonomía posible.

Sin embargo, esta fortaleza que brinda la terapia ocupacional solamente se desarrolla con acentuado éxito en los países desarrollados donde valoran realmente al adulto mayor, prueba de ello en Europa existe un sinnúmero de centros de atención al adulto mayor en los cuales se practica esta actividad que coadyuva al bienestar de los adultos mayores.

Mientras que a nivel nacional, la realidad es completamente diferente, las autoridades por más que han impregnado en la Constitución los deberes y derechos de los adultos mayores, no se ha hecho mayor cosa a este respecto, ya que pese a existir el Programa del Adulto Mayor que ofrece “talleres de terapia ocupacional, socio-recreativas y de integración, orientados a la promoción, prevención y cuidado integral de la salud de estas personas”, solamente tienen acceso a este servicio las personas que se han jubilado y mantienen una pensión de jubilación en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, las mismas que no alcanzan el 45% de la población en esta edad. Es verdad que este programa mantiene actividades en todas las provincias del Ecuador, que son coordinadas por las propias jubiladas y jubilados, en asociación o no, junto a los funcionarios de las unidades médicas IESS.

Pero no se debe descuidar al resto de adultos mayores que no disponen de este beneficio, pues ellos no solo por tener una situación económica precaria pueden ser marginados de este beneficio, sino que a más de no ser equitativo tal beneficio, se los margina, provocando en ellos la proliferación de enfermedades que los conduce al final de sus vidas.

Se debe tener en cuenta que la terapia ocupacional, actúa como un puente entre la realidad biomédica de la persona y su cotidianeidad. Pues se interesa en conocer de qué manera la situación social o de salud que está generando dependencia, impacta en la vida diaria no sólo de la persona con dependencia, sino también de su familia y de sus cuidadores.

Los escasos centros que existen en nuestro país en su mayoría son privados, lo que implica un gasto mensual de estadía y permanencia en estos lugares por parte de los adultos mayores, egreso que debería cubrir la práctica de una terapia ocupacional de calidad, que potencie las habilidades y motive a las personas que son atendidas en estos sitios, para enlentecer el proceso de dependencia y prevenir consecuencias que puedan asociarse con éste. En la persona con dependencia la terapia ocupacional también considera el ambiente

físico y social como parte de la terapia. Es frecuente que la Terapia Ocupacional para personas mayores con alguna dependencia busque modificar el ambiente físico del hogar para hacerlo más seguro y comprensible. Busca apoyar a la familia y los cuidadores por medio de educación y entrenamiento para un manejo más efectivo de la persona con dependencia, que promueva la independencia y la autonomía, y que optimice la carga física y mental asociada con frecuencia al cuidar de otra persona.

Es utópico que en nuestro país, pese a existir un marco legal como lo es la Constitución del 2008, que consagró los derechos de la población vulnerable entre la que cuenta el adulto mayor, el reconocimiento de sus preferencias y la necesidad de una protección especial y una serie de garantías sociales, económicas y culturales, no contribuya a que los organismos públicos y privados favorecieran por medio de sus acciones la calidad de vida de esta población, especialmente de aquellos marginados, reorganizando la ampliación y la cobertura de los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales, brindando así una seguridad social integral y preocupándose por implementar programas que favorezcan la protección y el buen vivir de este sector de la población ecuatoriana.

El aspecto emocional y social del adulto mayor es algo difícil de hablar, ya que las personas de esta edad se van alejando de la sociedad y en ocasiones tienden a aislarse por completo, ellos en ocasiones no son capaces de crear nuevas amistades si no que solo conviven con la gente que ya conocen y con sus iguales, ósea personas de la tercera edad.

Las personas que son queridas, apoyadas, y se sienten simplemente valoradas son adultos mayores que tienden hacer más felices ya que se sienten parte de una familia donde hay amor y cariño donde los miembros de la familia le dan un lugar importante al anciano por todo lo que sabe y lo que ha vivido.

Pero desgraciadamente esa realidad no es la vida de todo anciano, hay otros que sufren discriminación por ser precisamente ancianos y no tienen ese respeto que se merecen por ser sabios, son desvalorizados y en ocasiones maltratados física, verbal y psicológicamente.

Si el adulto mayor no obtiene algún tipo de motivación para seguir con su vida habitual, y al contrario en lugar de tener apoyo se le brinda un trato de desvalorización y discriminación, el anciano va a generar emociones negativas y por consiguiente sus relaciones interpersonales no serán muy buenas, pero si por el contrario se le brinda el desarrollo óptimo afectivo al anciano sería lo más sano para la persona, ya que se sentiría querido y apoyado por alguien, tendría más ánimo para continuar y compartir más cosas con más personas, no solo con los de su edad sería capaz de relacionarse sino también con gente más joven y sentirse que está transmitiendo todo lo que sabe a una nueva generación y eso hace sentir al anciano importante y que está haciendo algo por la sociedad.

Uno de los principales problemas en el anciano es la pérdida de la memoria o la imposibilidad de retener información, ya que con el paso de la edad la memoria se deteriora, el aprendizaje y la atención suelen ser menos favorables para la persona, es por esto que el anciano suele olvidar con frecuencia las cosas o es más complicado enseñarle algo y que estos aprendan con rapidez y facilidad, por esto es mejor proporcionarles claves que guíen su recuerdo ya que esto mejorara en mucho su rendimiento y su memoria.

En lo emocional también se muestran algunos cambios, en el sentido de placer y dificultad en el proceso de la información emocional. Es por esto que algunos ancianos pierden el interés por lo emocionante, lo divertido, es por ello que en esta etapa algunos ancianos muestran en ocasiones sentimientos de desesperanza, su procesamiento de emociones no logra estar activo como antes y es aquí cuando el anciano puede estar más vulnerable a un estado de

melancolía. Por lo que es importante el apoyo de la sociedad para lograr una mejor calidad de vida en el adulto mayor.

En su tesis de grado Andrade, C. (2011) señala que “el envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 25 al 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose un cambio en el organismo que mantiene constante sus propios parámetros independientemente de las condiciones del medio externo mediante mecanismos fisiológicos y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas y degenerativas, más la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas precarias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia”.

A nivel local, la realidad descrita no es diferente, pues el hecho de encontrarse nuestra ciudad en el sur del país, tiene que pagar una dura cuota de desigualdad social que se cristaliza en los elevados niveles de pobreza en los que se desarrollan los ecuatorianos, y nuestra provincia por ser la centinela de la patria se ve avocada a ser una de las protagonistas en presentar elevados niveles de pobreza, lo cual agrava la situación del adulto mayor, ya que familias enteras se desarrollan bajo ambientes socioculturales emergentes donde la única prioridad es sobrevivir a cualquier costo. Desde esta perspectiva y como mecanismo de supervivencia, la actividad laboral es una medida tomada por ecuatorianos y ecuatorianas para tratar de salir de este fenómeno negativo como lo es la pobreza. Motivo por el cual los adultos mayores no tienen quien los cuide ni les dé el trato necesario, lo cual avoca a que numerosas familias busquen lugares que les permita tener a los adultos mayores con el cuidado necesario.

En este contexto, resulta completamente difícil encontrar en la ciudad lugares que ofrezcan el cuidado y la atención que se merece el adulto mayor, por lo

que desde el enfoque humanista y de atención al prójimo, la Diócesis de Loja ha considerado prudente fundar el Centro de Día “San José”, el cual desde el 7 de julio del 2011 viene ofertando los servicios de atención durante el día, pese a lo cual y por su temprana existencia no cuenta con una planta profesional experimentada que permita brindar alternativas de atención como la terapia ocupacional que coadyuve a la estabilidad emocional de los adultos mayores que asisten a dicho centro, ya que debido a su avanzada edad las personas que asisten al Centro se tornan inestables emocionalmente, presentando cuadros de angustia y desesperación constantes.

De las constantes observaciones realizadas en el Centro motivo de estudio, se ha logrado establecer que los adultos mayores asisten con mucho agrado al momento de ingresar, sin embargo con el transcurrir del tiempo y en vista de que las actividades realizadas para mantenerlos ocupados no son las más adecuadas, se tornan airados, nerviosos y experimentan características de inestabilidad emocional, ya que deambulan con mayor frecuencia, tratan de llamar a los familiares, intentan salir del lugar ya que no se adaptan a los largos periodos de inactividad entre terapias o en los momentos de ocio. Por lo que las personas que están al cuidado de los adultos tienen que realizar esfuerzos para tratar de alcanzar una momentánea estabilidad.

Ante esta debilidad y como futura profesional en Psicorrehabilitación y Educación Especial, constituye un deber el contribuir con un aporte investigativo a este nivel, por lo que se propone desarrollar el presente trabajo de investigación en torno al siguiente problema: ¿Cómo influye la terapia ocupacional en el estado emocional de los adultos mayores del Centro del Día “San José” dela ciudad de Loja, cantón y provincia de Loja, período 2013-2014?

Preguntas significativas:

- ¿Cuáles es el tipo de Terapia Ocupacional que se aplican en los Adultos Mayores del Centro de Día “SAN JOSÉ” de la ciudad de Loja?
- ¿Cuál el Estado Emocional Predominante de los Adultos Mayores del centro motivo de estudio?

c. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja, a través de sus programas de estudio, forma profesionales capaces de enfrentar el nuevo milenio con conocimientos científicos y prácticos que permiten tener una perspectiva más amplia de la realidad y así poder contribuir a su transformación.

Está constituida por una nueva estructura académico-administrativa, formando parte de esta innovación al Área de la Educación, el Arte y la Comunicación, que a través de una de sus carreras como la de Psicorrehabilitación y Educación Especial, aporta a la sociedad con profesionales capaces de brindar solución a los problemas que posee la sociedad lojana.

Desde esta óptica, y como un requisito para poder culminar la formación académica universitaria en este amplio campo del saber, se pretende llevar a cabo la presente investigación, la misma que cuenta con una gran fortaleza como lo es el conocimiento científico y la formación académica necesaria para poner en práctica los conocimientos teóricos asimilados en este proceso formativo.

Desde hace mucho tiempo y a pesar de los esfuerzos realizados por parte de instituciones públicas y privadas, los adultos mayores han sido relegados de la sociedad o dejados en un segundo plano; lo cual en la mayoría de los casos conduce a la instauración de una marcada dependencia hacia sus cuidadores o familiares.

Es aquí donde la terapia ocupacional cobra especial importancia, ya que es un medio por el cual se brinda una oportunidad a los adultos mayores de vivir su vida con relativa independencia.

Por lo tanto durante el presente trabajo investigativo se espera descubrir la realidad acerca de la influencia, que tiene la terapia ocupacional en el estado emocional de los adultos mayores.

d. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer como la terapia ocupacional influye en el estado emocional de los adultos mayores del Centro de Día "San José" de la ciudad de Loja, período 2013-2014

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar el tipo de Terapia Ocupacional que se aplican en los Adultos Mayores del Centro de Día "SAN JOSÉ" de la ciudad de Loja.
- ✓ Determinar el estado emocional predominante de los adultos mayores del Centro de Día "SAN JOSÉ" de la ciudad de Loja.
- ✓ Relacionar comparativamente la Terapia Ocupacional en el Estado Emocional de los Adultos Mayores del Centro de Día "SAN JOSÉ"

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

1. LA TERAPIA OCUPACIONAL
 - 1.1. DEFINICIÓN
 - 1.2. CONTEXTO HISTÓRICO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL
 - 1.3. IMPORTANCIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL
 - 1.4. ÁREAS DE OCUPACIÓN
 - 1.5. OBJETIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL
 - 1.6. PARTICULARIDADES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL
 - 1.7. ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA LA POBLACIÓN GERIÁTRICA
 - 1.7.1. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
 - 1.7.2. ACTIVIDADES COMPLEJAS DE LA VIDA DIARIA
 - 1.7.3. ACTIVIDADES SOCIALES Y EMOCIONALES
 - 1.8. TÉCNICAS ACTIVAS DE TERAPIA OCUPACIONAL
 - 1.8.1. TÉCNICAS COLECTIVAS
 - 1.8.2. TÉCNICAS CREATIVAS Y EXPRESIVAS
 - 1.8.3. TÉCNICAS RECREATIVA O SOCIAL
 - 1.9. TERAPIAS COLECTIVAS
 - 1.9.1. TERAPIA LÚDICA O LUDOTERAPIA
 - 1.9.2. GIMNOTERAPIA
 - 1.9.3. TERAPIA LABORAL O LABORTERAPIA
 - 1.9.4. TERAPIA INDUSTRIAL
2. EL ESTADO EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR
 - 2.1. DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR
 - 2.1.1 CONCEPTO MUNDIAL
 - 2.2. SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR
 - 2.3. CRISIS DE IDENTIDAD EN EL ADULTO MAYOR
 - 2.4. CAMBIOS EMOCIONALES EN EL ADULTO MAYOR
 - 2.5. ASPECTOS EMOCIONALES Y SOCIALES DEL ADULTO MAYOR
 - 2.6. INESTABILIDAD EMOCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

- 2.7. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR
 - 2.7.1. CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN
 - 2.7.1.1 .CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS
 - 2.7.1.2. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS
 - 2.7.2 ÁREAS AFECTADAS
 - 2.7.3 CAUSAS
 - 2.7.4. SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN
 - 2.7.5. TIPOS DE DEPRESIÓN
- 2.8. PSICOLOGÍA DEL ADULTO MAYOR

e. MARCO TEÓRICO

1. LA TERAPIA OCUPACIONAL

1.1. DEFINICIÓN:

Moruno, P. (2009), define a la terapia ocupacional como la “Praxis que aplica o utiliza la ocupación como agente, entidad o medio terapéutico, con el propósito de preservar, promover, mantener, restablecer y mejorar la salud o aliviar una situación penosa que afecta al bienestar del individuo”.

Atendiendo a la definición propuesta por la Asociación Americana de Terapia ocupacional (AOTA, 2006): “Terapia ocupacional es el uso terapéutico de actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.”

Según la Organización Mundial de la Salud: “Es una profesión socio-sanitaria ligada al campo de la Rehabilitación y la Integración que se centra en prevenir y/o disminuir las consecuencias de trastornos físicos, psíquicos, sensoriales o sociales; capacitando a la persona, con un adecuado tratamiento, para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria (autocuidado, ocio, trabajo...), contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad”(GUILLEN, 2010)(R., 2008)

La Terapia Ocupacional (TO) “se encarga de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud por medio de la ocupación, de modo tal que es una disciplina de relevancia en la satisfacción de necesidades de salud de nuestros adultos mayores” (GUILLEN L. , 2008). Centra su foco en la ocupación, entendiendo ésta como las actividades diarias que todos realizamos, a las que

atribuimos un significado y una relevancia, ya que nos permiten desempeñar nuestros roles e integrar la sociedad.

Para Turner, A. (2008) “La terapia ocupacional tiene como herramienta específica el análisis y modificación de la actividad y del entorno”. Los entornos son las condiciones circundantes que se interrelacionan e influyen en el desempeño de los adultos mayores (en el caso de la gerontología) y en la prestación del servicio de terapia ocupacional. Los entornos según el marco de trabajo incluyen el cultural, el físico, el social, el personal, el espiritual, el temporal y el virtual.

Para López (2010), “La terapia ocupacional es una forma de tratamiento prescrita por el médico, que utiliza actividades de diversos tipos, en un ambiente terapéutico, con el propósito de contribuir a la evaluación y recuperación de las funciones y a la utilización funcional de las capacidades residuales con el logro de la máxima independencia social y laboral posibles en pacientes con afecciones físicas y/o mentales”.

Incrementa la autonomía e independencia en personas con discapacidad física, mental, sensorial y emocional. Utiliza actividades para conseguir objetivos específicos dentro de las limitaciones existentes, para promover la habilitación, restauración, desarrollo y el máximo uso de las funciones del individuo.

1.2. CONTEXTO HISTÓRICO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Como se puede extraer de la revisión histórica de la terapia ocupacional, la ocupación humana y sus diferentes formas de expresión se han empleado desde sus orígenes como instrumento para la clínica.

La ocupación, entendida como una forma de alcanzar estados de salud y bienestar más aceptables, se basa en los siguientes principios:

- ✓ Ocupación–Identidad: directamente relacionada con el concepto de rol. El individuo forja su identidad en función de los roles principales que desempeña en su vida. El desempeño de estos roles depende de la realización de determinadas actividades. “Somos lo que hacemos”.
- ✓ Ocupación–Desarrollo: A lo largo de nuestras vidas desempeñamos ocupaciones propias de cada estado del ciclo vital. En función de estas experiencias ocupacionales, el ser humano crece, experimenta y evoluciona.
- ✓ Ocupación–Entorno–Adaptación: a través de la ocupación, el individuo domina su entorno, lo modifica. El dominio del entorno es para el ser humano la principal fuente de motivación. El individuo trata de ajustar sus necesidades y posibilidades a las del medio en que se desarrolla. Se trata de un proceso de adaptación que mantiene a las personas en estado de actividad, de búsqueda, de experimentación.

Elliot y Barris en su disertación en 3º congreso virtual "Integración sin Barreras en el Siglo XXI", postulan lo siguiente: “La exploración y dominio o control del entorno mediante la participación en roles ocupacionales significativos conducen a una retroalimentación positiva y lograr sentimientos de satisfacción respecto a la vida”

Los “Fundamentos Filosóficos de la Terapia Ocupacional” adoptados en abril de 1979 por la Asamblea Representativa de Detroit, proporcionan los cimientos para la teoría y práctica de la terapia ocupacional:

“El hombre es un ser activo cuyo desarrollo está influenciado por la realización de actividades con un objetivo. Utilizando su capacidad de motivación personal, los seres humanos son capaces de variar su salud física y mental y sus ambientes físicos y sociales a través de la actividad con objetivos. La vida humana es un proceso de adaptación continua. La adaptación es un cambio en

la función que promueve la supervivencia y la actualización de sí mismo. Los factores ambientales, psicológicos y biológicos pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento a lo largo del ciclo vital. La disfunción se produce cuando la adaptación es deficiente. Las actividades con sentido facilitan el proceso adaptativo. La terapia ocupacional se basa en la creencia de que la actividad con objetivo (ocupación), con inclusión de sus componentes ambientales e interpersonales, puede utilizarse para prevenir y controlar la disfunción y para producir la máxima adaptación. La actividad utilizada por los terapeutas ocupacionales tiene un propósito personal y terapéutico.” (Asamblea Representativa de Detroit, 1979)

La Terapia Ocupacional se fundamenta, en última instancia, en el estudio de la ocupación humana y los efectos beneficiosos que tiene para la salud del individuo. Partiendo de estos principios teóricos, y fundamentándose en modelos o marcos de referencia directamente relacionados con componentes de la ocupación, se obtiene una “forma de hacer”, un abordaje y una clínica propia de una disciplina aplicada, que es la Terapia Ocupacional. “La Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida” (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 1986). Recuperado de:http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Terapia_ocupacional_importancia_del_contexto.shtml, 01/10/13 – 0:16.

1.3. IMPORTANCIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Cada actividad que realiza el ser humano se debe justificar con la razón por la que se lleva a cabo, en tales circunstancias para conocer el porqué de la Terapia Ocupacional se debe conocer la importancia de la ocupación humana como paradigma o concepto fundamental de la profesión.

La Terapia Ocupacional parte de dos premisas fundamentales:

- ✓ La ocupación es parte de la condición humana, los seres humanos poseen una naturaleza ocupacional.
- ✓ La ocupación es necesaria para la sociedad y la cultura, es un elemento crucial de integridad y salud humana.

La ocupación es la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida. La ocupación se define, valora, organiza y adquiere significado individualmente dependiendo de las aspiraciones, de las necesidades y entornos de dicha persona.

En resumen la ocupación:

- Da respuesta a las necesidades de supervivencia y de auto mantenimiento.
- Proporciona un sentimiento de utilidad, de aportar al crecimiento y evolución general de la comunidad.
- Permite satisfacer la necesidad de explorar, descubrir, experimentar placer y desconexión.
- Aporta un sentido de vida, una identidad por la que luchar y trabajar. Una identidad psicológica y una identidad espiritual.
- Proporciona un papel, un sentimiento de pertenencia a un grupo o cultura. Una identidad social (roles).

La ocupación forma parte de la identidad social y personal de un individuo.

Según Gary Kielhofner, tal y como expone en el modelo de ocupación humana, la Terapia Ocupacional se relaciona con actividades efectuadas por razones personales que sirven a la necesidad básica de exploración y dominio del entorno. Siguiendo el modelo canadiense centrado en el cliente, la ocupación es imprescindible para encontrar y modelar el sentido a nuestra existencia individual a través de la búsqueda de valores personales y universales.

Podemos señalar dos características de la ocupación en el tratamiento:

- Dado que la ocupación es fundamental para la adaptación humana, su ausencia o interrupción (incluso independientemente de cualquier problema físico, psicológico o social) es una amenaza para la salud.
- Cuando la enfermedad, trauma o la condición social ha afectado a la salud biológica o psicológica de una persona, la ocupación es un medio efectivo de organizar el comportamiento.

Actualmente en la práctica se utilizan indistintamente diversos términos (ocupación, actividad, tarea, rol) que pueden llevar a confusión.

Es necesario aclararlos:

La Ocupación “es la realización o participación en actividades, tareas y roles”(NELSON, 2008), que incorporan objetivo y significado desde el punto de vista del que lo hace.

Actividad es un comportamiento y una unidad básica de acción orientados a un objetivo específico.

Las **tareas** constituyen un conjunto de actividades que pueden ser divididas y analizadas en función de su complejidad, estructura y propósito.

Los **roles** definen los comportamientos y expectativas sociales.

1.4. ÁREAS DE OCUPACIÓN

En Terapia Ocupacional se conocen generalmente tres áreas de ocupación:

1.4.1- Área ocupacional de auto mantenimiento:

- Actividades de la vida diaria básicas (A.V.D.b): actividades de autocuidado (vestirse, alimentarse, asearse, etc.)
- Actividades de la vida diaria instrumentales (A.V.D.i): son actividad
- es más complejas que las anteriores e indicarían la capacidad del individuo para vivir de forma autosuficiente en su entorno habitual(control de la medicación, de los asuntos económicos, de las cuestiones administrativas, de la dieta, de la tecnología existente a nuestro alrededor)
- Actividades de la vida diaria avanzadas (A.V.D. a): no son indispensables para el mantenimiento de la independencia y están en relación con el estilo de vida del sujeto. Son actividades que permiten al individuo desarrollar sus papeles: ocio, participación en grupos, contactos sociales, viajes, deportes.

Estas A.V.D.: actividades básicas (imprescindibles para sobrevivir), actividades instrumentales (necesarias para vivir de manera independiente), actividades avanzadas (necesarias para una vida socialmente satisfactoria) poseen una estructura jerárquica. Su complejidad va aumentando conforme aumentamos de nivel y, en la mayoría de los casos, poder realizar las de un nivel, supone poder realizar las de los niveles inferiores.

1.4.2. Área ocupacional productiva: Actividades remuneradas o no, que proporcionan un servicio a la comunidad.

Estas actividades están relacionadas con el cuidado del hogar (trabajos domésticos, jardinería, mantenimiento de la propiedad y del vehículo), con el cuidado de la familia (preparación de la comida, cuidado de los miembros dela familia, compras, atención a los animales de compañía) y con el trabajo (remunerado, no remunerado, estudios).

De acuerdo con esta definición esta actividad productiva no está limitada a los adultos y se extiende a los niños y a los ancianos.

Estas actividades proporcionan sentimiento de utilidad, de confianza personal e identidad social.

1.4.3. Área ocupacional de ocio: Conjunto de ocupaciones (actividades, tareas o roles) a las que el individuo puede dedicarse de manera libre y voluntaria cuando se ha librado de sus obligaciones profesionales o sociales, sea para descansar o para divertirse, sea para desarrollar su información o su formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora.

Esta distribución no significa que todas las actividades del ser humano puedan clasificarse estrictamente en una de estas áreas; muchas veces las actividades se superponen entre las distintas áreas o según el significado que tenga para la persona puede enmarcarse en un área o en otra.

En la actualidad se cree que para mantener la salud, las ocupaciones de los individuos deben mantener un equilibrio entre la habilidad de cuidar de ellos mismos (actividades de auto mantenimiento), su contribución al entorno social y económico (actividades productivas) y la satisfacción y disfrute de la vida (actividades de ocio).

Cada ocupación pone en juego una serie de habilidades o destrezas humanas fundamentales que, en una diversidad de grados y en diferentes combinaciones, se requieren para una participación satisfactoria en las distintas áreas de desempeño, llamados componentes del desempeño funcional.

COMPONENTES DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL				
MOTOR - Arco de movimiento - Fuerza muscular - Tono muscular - Utilización funcional - Destrezas motoras finas y gruesas	INTEGRACIÓN SENSORIAL - Esquema corporal - Postura - Integración corporal - Relaciones Viso-espaciales - Integración sensorio motora - Reflejos - Sensibilidad	COGNITIVO - Comprensión, -Comunicación verbal y escrita - Solución de problemas - Manejo del tiempo - Conceptuación - Integración del Aprendizaje	PSICOLÓGICO - Estados emocionales -Comportamiento para afrontar problemas - Auto identidad - Auto concepto	SOCIAL Interacción grupal

Para Spackman, (2008) “Los seres humanos se realizan a través de sus ocupaciones en interacción constante con el ambiente. De esta interacción resulta el comportamiento ocupacional”

Según Kielhofner, este comportamiento ocupacional siempre refleja un complejo interjuego entre nuestros motivos, habitualidades, capacidades y contexto.

Mosey define el ambiente como un agregado de fenómenos que rodean a una persona e influyen en el desarrollo y la existencia de la misma. Se compone de factores no humanos (condiciones físicas, cosas e ideas) y componentes humanos (individuos o grupos).

1.5. OBJETIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

El principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar a la persona para alcanzar un equilibrio en las ocupaciones, con el fin de que su vida sea satisfactoria y significativa.

La intervención en Terapia Ocupacional se dirige tanto a la persona como al entorno, entendiendo el entorno como los distintos ambientes donde se desenvuelve el individuo (entornos de trabajo, domiciliarios, de ocio, comunitarios, urbanísticos, sociales o grupales).

Los objetivos para estas personas, que presentan cualquier disfunción ocupacional o riesgo de la misma, serán:

1. Favorecer la motivación y los intereses de las personas después de la pérdida ocupacional.
2. Favorecer la búsqueda de su identidad psicológica, perdida o fragmentada por distintos acontecimientos o procesos (enfermedad, pobreza, maltratos, marginación).
3. Ayudar a la persona a elaborar una rutina ocupacional adaptada y significativa que apoye su participación en roles activos y relevantes.
4. Minimizar o eliminar las conductas que interfieran en el desempeño ocupacional.
5. Adquirir, mejorar y potenciar las capacidades y destrezas necesarias para un desempeño ocupacional lo más satisfactorio y funcional posible.
6. Favorecer el desarrollo de habilidades sociales y habilidades emocionales (autoconocimiento, autocontrol, automotivación, empatía) que permitan a la persona asumir un rol activo en la relación con los demás.
7. Habilitar en el uso de las ayudas técnicas necesarias.
8. Favorecer el acceso al mundo laboral y su mantenimiento.
9. Cubrir las necesidades de disfrute, placer, de exploración, y de participación social, favoreciendo el acceso a los entornos de ocio.

La intervención en el entorno de estas personas se centrará en:

1. Modificar y adaptar entornos, accesibles y saludables.
2. Eliminar y/o minimizar barreras físicas, psicológicas y sociales.
3. Escuchar, informar y asesorar a la familia del estado general del familiar, de pautas de manejo ante determinadas circunstancias y de las ayudas técnicas y de las adaptaciones necesarias, haciéndoles partícipes del proceso de tratamiento.

La Terapia Ocupacional puede prestar servicio profesional, en un contexto hospitalario, domiciliario y comunitario, a todo individuo que tenga riesgo de sufrir o sufra una afectación en sus áreas ocupacionales (actividades de auto mantenimiento, productiva y de ocio) como es el caso de personas con discapacidad física, sensorial, psíquica o social.

1.6. PARTICULARIDADES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Romero, A. (2009) a este respecto nos dice lo siguiente: “La esencia de la Terapia Ocupacional descansa en el análisis y evaluación del impacto de la disfunción en la ocupación y en el uso de esta ocupación (rol, tarea, actividad), como “herramienta” legítima para evaluar, facilitar, restaurar y mantener la función”.

La Terapia Ocupacional contempla la ocupación como un fin en sí, y como un medio de tratamiento, a través del cual se pretende asistir al individuo en sus necesidades funcionales.

Pero este instrumento requiere un análisis y un método de actuación adecuados, para que la capacidad de respuesta al problema del individuo se ajuste al máximo a sus necesidades.

Así pues, el terapeuta ocupacional realizará una evaluación multifactorial de la persona (motivaciones, roles, hábitos y capacidades) y su entorno (ambiente humano: individuos y grupos comprendiendo los aspectos sociales y culturales; y ambiente no humano: condiciones físicas, objetos e ideas de una persona).

Una vez realizada la evaluación, la actuación del terapeuta ocupacional se centrará en el comportamiento ocupacional de la persona, entendiendo éste como resultado de la interacción de dicha persona con su entorno.

A partir de la información recogida se elaborará un plan de intervención individualizado con la persona, valorando los posibles efectos de esta intervención tanto en la identidad ocupacional del individuo como en su entorno, estableciendo unos objetivos y seleccionando unas actividades en función de las necesidades y características de éste.

El sentido de la actividad es que ésta tenga un propósito y sea significativa para la persona, coherente con sus intereses, valores, roles, destrezas y con su entorno, capaz de incrementar la función y satisfacción del individuo. Si no es así, la actividad a menudo pierde su sentido.

Igualmente el ambiente debe ser seguro, de apoyo y facilitador, es decir, validante, que facilite la exploración y el ensayo de las diferentes habilidades funcionales, de tal manera que permita el desarrollo de comportamientos ocupacionales competentes y satisfactorios para la persona.

Además de la actividad y el método de actuación, la Terapia Ocupacional considera como un elemento fundamental la relación terapéutica a través de la cual el individuo puede entender, asumir y colaborar en la ayuda que se le presta. La persona ha de participar activamente, dentro de sus posibilidades, en el planteamiento de los objetivos de la intervención y en la posterior consecución de éstos.

Para que se establezca una buena relación terapéutica, el profesional de la terapia ocupacional no sólo debe tener una actitud basada en la empatía, respeto, objetividad, información, seguridad y confidencialidad, sino que además debe detectar y manejar los mecanismos de defensa del paciente frente a su enfermedad, involucrándolo en la actividad y proporcionándole un apoyo incondicional, de modo que se cumplan los objetivos terapéuticos establecidos.

Para Begoña, P. (2008) “La ocupación por sí sola no es suficiente para dar respuesta terapéutica a los problemas de los individuos. Es necesaria la coexistencia de los siguientes elementos: Entorno-Relación terapéutica-Método de actuación-Ocupación”

1.7. ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA LA POBLACIÓN GERIÁTRICA

La terapia ocupacional puede ayudar a los adultos mayores que tienen dificultad para realizar las tareas cotidianas debido a los efectos del envejecimiento. Vestirse, bañarse y comprar alimentos pueden presentar desafíos para los adultos mayores a medida que envejecen. El objetivo de la terapia ocupacional en la población geriátrica es promover la independencia en el desempeño de las tareas cotidianas de la vida.

1.7.1. Actividades básicas de la vida diaria.- Las actividades de la vida diaria, o AVD, suelen ser la piedra angular de un programa de terapia ocupacional para pacientes geriátricos. Las AVD básicas incluyen: vestirse, bañarse, comer y moverse de un lugar a otro, por ejemplo de una cama a una silla o caminar a la ducha o bañera. Estas AVD básicas se practican a menudo con la ayuda de un terapeuta ocupacional o auxiliar de enfermería en casa. Las actividades terapéuticas incluyen a menudo el rendimiento real de estas tareas de la vida diaria con la ayuda de un terapeuta o asistente. Tras la evaluación, el terapeuta puede proporcionar equipos de adaptación o sugerir maneras de

participar en las actividades de manera diferente para promover la independencia y la seguridad.

1.7.2. Actividades complejas de la vida diaria.- Las actividades complejas de la vida diaria como: cocinar, lavar la ropa, utilizar un ordenador o un teléfono, manejar los medicamentos o limpiar. A medida que se envejece, estas tareas pueden llegar a ser más difíciles debido a los cambios relacionados con la edad, enfermedad o discapacidad. Con las ADL complejas, a menudo es el trabajo de un terapeuta para determinar qué dispositivos de ayuda o técnicas ayudarán al cliente a realizar las tareas con la mayor independencia posible. Esto puede significar instrucciones escritas para cada ADL compleja, así como el uso de dispositivos de ayuda para moverse con seguridad. Los terapeutas ocupacionales evaluarán y cambiarán el programa de Terapia Ocupacional para los clientes a medida que envejecen o si necesita más ayuda.

1.7.3. Actividades sociales y emocionales.- A menudo se les pide a los terapeutas ocupacionales que evalúen y atiendan las necesidades sociales y el bienestar emocional de sus clientes geriátricos. El envejecimiento, la enfermedad y ciertos trastornos asociados con el envejecimiento a veces pueden tener un efecto perjudicial sobre el bienestar emocional de los adultos mayores. Los terapeutas ocupacionales evaluarán los intereses del cliente y tratarán de facilitarles el acceso a actividades sociales para que puedan participar. Esto puede incluir proporcionar un transporte seguro a un centro de ancianos o un centro de cuidado diurno para adultos o promover el aprendizaje continuo, que puede prevenir la demencia.

1.7.4. Localización.- El objetivo principal de la terapia ocupacional para los adultos mayores es darles la posibilidad de ser capaces de permanecer en su propio hogar el mayor tiempo posible. Sin embargo, muchos pacientes geriátricos que reciben terapia ocupacional residen en las instalaciones de vida asistida, hogares de ancianos y centros de rehabilitación. Si el cuidado institucional es necesario, el enfoque de la terapia pasa a ser proporcionarles

las habilidades y los cuidados necesarios para mantener el nivel funcional más alto posible y de preservar su calidad de vida.

1.8. TÉCNICAS ACTIVAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

1.8.1. Técnicas Colectivas

Las terapias colectivas surgen de la necesidad médica de disponer de unas armas terapéuticas que completen a la Psicofarmacología y a la Psicoterapia, para un más correcto y completo tratamiento al paciente.

Para Ruiz, García, (2007) Dentro de la estructuración de las terapias colectivas debemos distinguir varias etapas de distinta duración y significación diferentes:

“La primera etapa o etapa carcelaria, viene marcada por la transformación del medio hogar, centro o ancianato”. Hay que tener en cuenta que aunque lo normal parece ser actuar primero sobre el individuo. Luego, sobre el medio, aquí actuamos primeramente sobre el medio porque se carece de instalaciones con un mínimo de capacidad y bienestar, para lograr luego actuar sobre el individuo. Por esta razón se comienza a actuar primero sobre el medio.

“La segunda etapa o etapa de apertura de puertas o descarcerización en la que una vez normalizado el medio de vida del adulto mayor se comienza un completo ensayo de readaptación socio-laboral” (RUIZ GARCIA, 2007).

La introducción de unas de las condiciones de vida normales en el centro, no puede concebirse más que a base de que los adultos mayores puedan adaptarse a ella. Nuestro objetivo es, pues, lograr que en el centro se viva una vida normal.

“La tercera etapa o socio terapia, entendiéndola por socio terapia cuando la amplitud de las readaptaciones se extiendan a un núcleo de habitantes de una ciudad pequeña” (RUIZ GARCIA, 2007), es decir se realiza una socialización

de toda la vida, en la que los adultos desempeñan papeles en una vida social de proporciones reducidas, como si se tratara de una pequeña ciudad, pero desempeñando los pacientes funciones reales, e incluso con el beneficio pecuniario correspondiente al trabajo realizado.

Todo el esfuerzo de esta terapia va dirigido a revalorizar y personalizar a los adultos mayores. Constituye para la mayor parte de los pacientes tratados en el centro la única terapia que siempre les hace bien y casi nunca les perjudica. Toda terapia que no se apoye sobre la socio terapia resultaría ilusoria.

“La cuarta etapa o etapa del Tratamiento de los grandes estados defectuales psiquiátricos. Un grave peligro de toda institución numerosa es la que habituada a una organización y una forma de desenvolvimiento rutinario, caiga en el peligro del abandono” (RUIZ GARCIA, 2007). Este abandono es un peligro mínimo comparado con el abandono familiar. Son los adultos en general más abandonados y a ellos debemos dedicar nuestro máximo esfuerzo, pues tienen en realidad necesidad de una máxima ayuda, similar a la que precisaría un niño o un paralítico. Así nace la cinesiterapia psiquiátrica.

“La quinta etapa o etapa del Perfeccionismo de la terapéutica de readaptación, en la cual las preocupaciones de seguridad se desplazan aun último plano, mediante el sistema de puertas abiertas”(RUIZ GARCIA, 2007). Se logra al máximo las especializaciones terapéuticas de readaptación elemental y superior, individual y colectiva, e igualmente de la geriátrica.

La apertura de puertas sistema de puertas abiertas, las preocupaciones de vigilancia y seguridad son más o menos olvidadas, siempre orientado en un sentido terapéutico. De esta forma el sentido de cuidado ha ido saneándose y recuperando un nivel normal. Llegado a este punto, se podrá poner en práctica una reorganización más especializada que abarque individualmente todas las enfermedades psiquiátricas, superando todos los inconvenientes que hubieran podido surgir en la fase de terapia defectual psiquiátrica.

Las terapias colectivas engloban las terapéuticas sociales, recreativas, lúdicas, gimnoterapia, terapéutica ocupacional, terapia laboral y terapia industrial intra y extra centro de cuidado del adulto mayor.

McDonald, (2009) la define como “toda actividad de recreo del trabajo, aplicada de un modo preciso, con el fin de colaborar en el tratamiento, y acelerar la recuperación del paciente”.

En la fase de terapia ocupacional se incrementará el interés del paciente hacia tareas útiles, pero sin exigirle rendimiento, utilidad, perfección, etc., sobre el trabajo a realizar. Es una terapéutica gratificante en la que el trabajo se adapta al momento del estado evolutivo del paciente.

1.8.2. Técnica Creativas y Expresivas

Para Belamy, A. (2007) “Las actividades artísticas desempeñan una misión muy importante en la Terapia Ocupacional, la demostración de cualidades emocionales y creadoras, que ningún proceso industrial puede proporcionar”. El entrenamiento en los trabajos manuales o artísticos tiene como base las habilidades, destreza e ingenio y la función de hacer olvidar tensiones, las cuales son cualidades de muchos de los pacientes.

Antes de proporcionar una sección de actividades terapéuticas manuales es necesario tener en cuenta:

- ✓ La condición física del paciente, es necesario el conocer la edad, inquietudes, actividades e intereses, para determinar el tipo de actividad que podemos realizar con dicho paciente.
- ✓ Posibilidades terapéuticas de las actividades planificadas. Las actividades deben de ser simples y de aprendizaje rápido, procurando que se cumplan con todos los objetivos de rehabilitación.

- ✓ La actividad debe de tener un objeto útil que estimule al paciente, se debe tener en cuenta que las actividades terapéuticas manuales no exigen calidad en los trabajos, sino el efecto terapéutico de rehabilitación.
- ✓ Todo trabajo realizado no tendrá ninguna remuneración económica. Todos los trabajos de Terapia Ocupacional deben ser de carácter humanitario.

Entre las actividades terapéuticas manuales que podemos mencionar se encuentran:

Cestería.- Dicha actividad tiene la ventaja de ser de un material fácil de moldear y es de bajo costo.

Cerámica.- En esta actividad el paciente puede expresar su creatividad e imaginación, así como también estimula la flexión y extensión de los dedos.

Carpintería.- Esta actividad es realizada por hombres en su mayoría, ya que necesita primordialmente de fuerza, presión y coordinación.

Escultura.- Es realizar figuras con materiales como piedra, madera, arcilla; entre otros materiales.

Música: Esta actividad ayuda a relajarse y distraerse.

Dibujo y pintura: Ayuda a despertar la creatividad y a la vez mantienen ocupados mental y físicamente a las personas que la practican, sin olvidar que esto favorece en gran parte a la motricidad fina

1.8.3. Técnica Recreativa o Social

Cano y Videll, (2009) definen a la técnica recreativa o social de la siguiente manera: "Las actividades recreativas son cualquier actividad en la cual el paciente ocupa voluntariamente un poco de su tiempo libre o de ocio, que provoque en él un descanso y una satisfacción directa que le ayude al desarrollo integral de su personalidad". En principal objetivo de esta actividad es la distracción y descanso, ya que por medio de esta el individuo sale de la rutina disminuyendo su depresión y opresión.

Por medio de la recreación se logra la relajación del individuo donde sea que este se encuentre, viene a equilibrar la vida del mismo en una forma agradable, rompiendo con la rutina de su diario vivir. Las terapias recreativas son las actividades sociales y de recreo las cuales tienen un fin terapéutico. La recreación la podemos calificar de la siguiente forma:

- ✓ **Recreación Activa.-** Actividad en la cual la persona se dedica a una actividad de una forma voluntaria en su tiempo libre, estas actividades pueden ser artísticas, deportivas y sociales.
- ✓ **Recreación Pasiva.-** Es la actividad donde el individuo es solo un espectador, no toma parte en este tipo de actividades. Estas pueden ser el cine, partido deportivo y teatro.
- ✓ **Actividades en el Interior.-** Son actividades que se realizan en lugares cerrados, se debe dar a conocer que las actividades al aire libre también pueden ser adaptadas para realizarse en lugar cerrado. Se pueden realizar actividades como baile, canto y pintura entre algunas otras.
- ✓ **Actividades al Aire Libre.-** Son actividades que se realizan en un campo abierto, pueden ser de mucho beneficio si la población con que trabajamos se encuentra en un lugar cerrado. En este lugar se pueden realizar actividades deportivas y lúdicas.

1.9. Terapias Colectivas

Su objetivo primordial es la reinserción social del paciente promedio de actividades como terapia lúdica o ludo terapia, gimnoterapia, terapia laboral o laborterapia y terapia industrial.

Es la forma en como cada uno organiza sus actividades, existen varios tipos de actividades o terapias colectivas entre las cuales se pueden mencionar:

1.9.1. Terapia Lúdica o Ludoterapia

Es la terapéutica del juego. Es una actividad que se desarrolla participando tanto a nivel del pensamiento, de la fantasía como de la realidad. Para Pelaez, M. (2009) la terapia lúdica se puede definir de la siguiente manera: “Es una forma de aprendizaje, de tomar contacto con la realidad, a la vez que sirve de liberación de energías reprimidas que no serían toleradas a un nivel de realidad”. Se aprende jugando a cooperar y establecer relación con los demás hacia un fin común, a la vez que se aprende a expresar agresividad. Podríamos decir que a través del juego es un aprendizaje a vivir en la sociedad realizado de una forma gratificante.

1.9.2. Gimnoterapia

Constituye una actividad terapéutica de gran valor. La actividad física y la sensación de bienestar que la acompaña, constituyen un elemento sensorial útil, para llegar a un mejor control y conocimiento de sí mismo. El fin de esta terapia no es alcanzar una manifestación deportiva, sino de llegar poco a poco a unos ejercicios de rehabilitación en grupos bien adquiridos. Constituye una preparación previa a la terapia por el trabajo.

Esta terapia de readaptación debe de llegar a la mayoría de los adultos mayores internados. Estas actividades pueden aplicarse a los adultos diariamente, debe ser gradual al tipo de adulto con el cual se esté trabajando, debemos tomar en cuenta las limitaciones físicas del grupo de trabajo, se pueden realizar actividades como lo son aeróbicos, gimnasia rítmica, de expresión corporal, entre algunos otros.

1.9.3. Terapia Laboral o Laborterapia

Rage, E. (2008) la define de la siguiente manera: “Es aquella terapéutica médica encaminada a lograr el aprendizaje por un adulto, de un oficio o una

labor determinada, teniendo en cuenta su capacidad, experiencia, inclinaciones y oportunidades”.

Es difícil el marcar una clara separación entre la terapia laboral y la terapia vocacional. Por terapia vocacional entendemos la orientación que se le da a un adulto, hacia una determinada industria o hacia un determinado trabajo, teniendo en cuenta múltiples circunstancias, y también el apoyo que daremos a un adulto, para ayudarle a utilizar una experiencia laboral dentro de la sociedad en que vive. Tendrá su máxima aplicación la terapia vocacional dentro de la terapia ocupacional, pero también se extenderá su campo de acción en la propia terapia laboral o laborterapia.

La terapia laboral, junto con su misión de socio terapia, en muchas ocasiones tendrá que ser también un aprendizaje laboral. No debemos olvidar que muchos adultos no están en condiciones de incorporarse socialmente a una vida de actividad laboral, unos porque carecen de profesión adecuada, y otros porque la que poseen no les permite la readaptación, y más para lograr la futura reintegración socio laboral del adulto desinsertado.

1.9.4. Terapia Industrial

Es aquella terapéutica encaminada a lograr en el adulto o llamado también paciente un rendimiento laboral similar, al que va a encontrar en el medio social normal, y por tanto se buscará que dé rendimiento laboral útil y productivo, teniendo en cuenta su capacidad y experiencia laboral.

El paciente se deberá de adaptar a una jornada laboral normal, en donde se le exigirá un rendimiento. Esta terapia será utilizada en las Industrias o Talleres, que son unos servicios intermedios entre la hospitalización y la reintegración socio-laboral completa de un paciente. Funcionará esta terapia bajo la adecuada supervisión técnica en los Talleres donde se practique.

2. EL ESTADO EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR

2.1. Definición de Adulto Mayor

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. “Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo” (LOPEZ I. , 2009); esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. Otra es la que el gobierno determina por ley, una vez se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo; en Ecuador hacen parte de este grupo étnico las personas que cumplen 65 años. Existe también el significado sociocultural, que en este momento se ve afectado no solo por su proceso evolutivo sino por las circunstancias sociopolíticas del país, del que se puede decir se inicia mucho antes de los 40 años. También un sector de la población asocia al adulto mayor, así no lo sea, como una persona anciana, enferma, limitada, que ya no siente, no piensa, no sueña, no desea y solo espera la muerte.

El envejecer, o mejor, el poder vivir más tiempo, implica una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y socioculturales que las personas no están preparadas a enfrentar. Estos cambios no solo suceden dentro de cada individuo sino también en las personas que están a su alrededor. Esta situación se agrava con las dificultades que encuentra al tratar de llevar su vida como la llevaba anteriormente y que al no lograrlo los hace sentirse inútiles.

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. “Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo” (LOPEZ I. , 2009); esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. Otra es la que el gobierno determina por ley, una vez se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo; en Ecuador hacen parte de este grupo étnico las personas que cumplen 65 años. Existe también el significado

sociocultural, que en este momento se ve afectado no solo por su proceso evolutivo sino por las circunstancias sociopolíticas del país, del que se puede decir se inicia mucho antes de los 40 años. También un sector de la población asocia al adulto mayor, así no lo sea, como una persona anciana, enferma, limitada, que ya no siente, no piensa, no sueña, no desea y solo espera la muerte.

El envejecer, o mejor, el poder vivir más tiempo, implica una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y socioculturales que las personas no están preparadas a enfrentar. Estos cambios no solo suceden dentro de cada individuo sino también en las personas que están a su alrededor. Esta situación se agrava con las dificultades que encuentra al tratar de llevar su vida como la llevaba anteriormente y que al no lograrlo los hace sentirse inútiles.

Para iniciar con esta categoría, primeramente se debe definir qué se entiende por adulto mayor, pues el término vejez se ha dejado de usar por sentirse peyorativo y humillante, lo mismo sucede con el término de tercera edad que es un término muy marcado, es decir, a partir de los 60 años, se sienta como se sienta, pertenece a esta edad y por lo tanto “dicen que es un anciano”.

El término se ha cambiado como sucede con muchos términos en nuestro país, y ahora se le llama Adulto Mayor a las personas de más de 65 años de acuerdo al Art. 1 de la Reforma que se da a la Ley del Anciano aprobada en primer debate en la Asamblea Nacional del 18 de octubre del 2001.<http://www.nectilus.com/colin/?p=1670>

La esperanza de vida en los últimos años ha aumentado y va a seguir debido a mejores medicamentos, pruebas de laboratorio y tecnología en general para hacer diagnósticos más tempranos y oportunos de muchas patologías que anteriormente eran incapacitantes y mortales por sí mismas, por lo que se considera que en un futuro cercano se modificará el umbral de 65 años.

2.1.1. CONCEPTO MUNDIAL

"El envejecimiento es en sí mismo es un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital" (ONU, 2007).

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada "Calidad de Vida" y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social.

2.2. SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR

Casi todas las personas adultas mayores son emocionalmente saludables, aunque en el plano psicológico se pueden presentar ciertos cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación y la agilidad mental. No obstante, la educación, la cultura y la experiencia adquirida durante la vida constituyen una buena base para reentrenar o reaprender las habilidades que van disminuyendo.

Así también, "la vejez puede ser una época de realización, de agradable productividad y de la consolidación de habilidades y conocimientos" (GÓMEZ, 2008).

Sin embargo, los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a muchas crisis y tensiones acumuladas, a las que las

personas deben enfrentarse y que pueden ser el detonador de algún problema de salud mental.

Algunos de estos retos pueden ser:

- Vivir con una enfermedad crónico-degenerativa que obliga a modificar su independencia y formas de vida activa.
- La pérdida de la pareja, de algún amigo o de algún miembro de la familia.
- Aislamiento y soledad.
- Un escaso ingreso económico.
- Modificación del lugar que ocupaba en la familia como pareja, líder o proveedor.
- Las enfermedades mentales o emocionales pueden manifestarse de muchas maneras, por lo que en ocasiones es difícil reconocerlas. Se confunden con dolencias o enfermedades físicas.

Garces, E. (2009) Manifiesta que “en ocasiones, el adulto mayor se encuentra sin las herramientas que le permiten su adaptación, tales como la motivación o refuerzos sociales”. Al carecer de estas herramientas es difícil que se adapte a nuevos hábitos y circunstancias de vida, además de que siente que la sociedad no lo valora en la forma en que el adulto mayor considera que sería lo justo.

Por otra parte, encontramos que existen adultos mayores que son más intelectuales o permanecen mentalmente activos, los cuales son capaces de enfrentar su vejez con mayor serenidad que aquellos cuya vida carece de sentido. Es de ellos de quien se debe aprender.

2.3. Crisis de Identidad en el Adulto Mayor

Esta situación se presenta por varios motivos que causan un conflicto interno en la persona.

Algunos de ellos se mencionan a continuación:

- Vive en la incertidumbre del futuro y tiende a replegarse a sí mismo.
- Vive una transformación rápida de sus capacidades físicas e intelectuales y de su modo de vida.
- Surge una crisis de identidad: deja de saber quién es y para qué sirve.
- Le asaltan dos temores, por un lado el temor a perder el control de su vida. Este temor va de la mano del género: ¿qué teme perder el hombre? ¿qué teme perder la mujer? Y por otro lado la incertidumbre nacida de un sentimiento de inutilidad. Gran parte de su identidad y del sentido de su vida desaparecen, dejándolo desamparado.
- La llegada a una situación de dependencia debido a la edad avanzada provoca un fuerte deseo de independencia que actualiza conflictos antiguos y por otra parte hace resurgir conflictos con la familia de origen, pero ahora llevados a otras personas.

Es evidente que la ausencia de un apoyo familiar firme es un factor de riesgo de institucionalización nada deseable, ya que el objetivo principal de la geriatría es que el adulto mayor esté en su medio habitual, rodeado de su familia, de sus cosas; que sea tratado como un ser humano rico en sabiduría, experiencias y vivencias.

Para Gallar, M. (2009), “Un aspecto relacionado con la salud mental es la plena capacidad de dormir y descansar apropiadamente, por lo que el insomnio, que consiste en el desorden de iniciación y sostenimiento del sueño, puede ser un problema que genere irritación, agotamiento, somnolencia durante el día, etc.”. Este problema presenta una serie de elementos que deben ser analizados adecuadamente para establecer una atención correcta.

Cuando se trata de insomnio transitorio, para combatirlo se recomienda llevar a la persona a la cama a una hora determinada diariamente; despertarle siempre a la misma hora; hacerlo dormir en una habitación fresca, limpia,

tranquila y oscura; y por último ayudarle a hacer ejercicio a diario, pero ni muy intensamente, ni muy tarde. No se aconseja que la persona tome siestas durante el día (hasta donde sea posible); tome café, té o bebidas con cafeína, en especial cerca de la noche al igual que las bebidas con alcohol (le obligarán a levantarse al baño para orinar), o llevarle demasiado temprano a la cama.

En lo que respecta al insomnio crónico (cuando el problema lleva más de un mes de suceder), lo aconsejable es consultar al médico.

También es un factor de desestabilización emocional el que la persona adulta mayor sea víctima de maltrato o violencia, la cual se puede dar por diferentes factores: problemas familiares, escasos recursos económicos, agotamiento por parte del cuidador o familiar, pero sobre todo por una intolerancia debida al desconocimiento de las necesidades de las personas adultas mayores.

Por otro lado, la demencia es uno de los problemas de salud mental más graves que aquejan a las personas adultas mayores, ya que se debe a un desorden progresivo de las funciones intelectuales superiores, tales como la memoria, el lenguaje, la concentración y la motricidad (movimiento de los brazos y piernas), afectando las actividades de la vida diaria.

2.4. CAMBIOS EMOCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

“Los ancianos en esta etapa de su vida, se enfrentan no sólo a cambios físicos o a cambios que involucran un deterioro cognitivo, sino que también es probable que manifiesten ciertos sentimientos de abandono o soledad que podrían ser causados a raíz de que algunas veces sus familiares no los comprenden y más bien los toman como si fueran una carga” (RAGE, La personalidad del adulto mayor, 2009).

Es dable mencionar que si bien es cierto existe un grupo de ancianos que

ingresa a un asilo por voluntad propia, una grupo considerable lo hace porque sus familiares los ubicaron en esos lugares; si en dichos centros no se les proporciona un ambiente adecuado y una atención esmerada, el anciano no encontrará en dicho espacio un soporte emocional consistente para atravesar por esta etapa de su vida y podría reflejar sentimientos de depresión, angustia, ansiedad llegando incluso algunas veces a presentar psicopatologías tales como psicosis o neurosis agudas.

Todo cambio implica una adaptación, si hablamos de los cambios físicos se lo relaciona con sentimientos de minusvalía debido a que el anciano experimenta continuos deterioros en su salud lo cual probablemente lo imposibilite de a pocos a realizar tareas que años antes podía hacer de manera sencilla; ante ello el anciano podría sentirse imposibilitado para realizar muchas actividades tan simples como el hecho de participar en una amena conversación, ya que su audición se ve afectada o de leer sin mayor esfuerzo incluso usando lentes, ya que su sentido visual sufre un gran deterioro. Y si hablamos de cambios cognitivos, se puede decir que éstos afectan las emociones de los ancianos en tanto pueden originar sentimientos de frustración al no poder recordar no sólo algunas cosas o experiencias pasadas que han vivido sino que también podrían generar sentimientos de ser poco útiles en tanto poco a poco se olvidan hasta de cualquier pequeño detalle por más que haya ocurrido hace instantes, o realizan cosas y posteriormente olvidan que las han realizado.

Berger, L. (2009) postula que ante cambios como la jubilación “la mayoría de los ancianos que deciden reducir su jornada laboral o se jubilan, no solo se adaptan bien a su nueva situación, sino que incluso mejoran su estado de salud y su felicidad”.

Muchas pueden ser las causas por las que se puede deprimir un anciano: entre ellas la continua sensación de abandono y soledad sintiéndose un estorbo, por culpabilidades debido a que pueden sentir respecto a sus errores pasados “que ya no puede remediar los suyos, ni los daños causados a otras personas”; la inseguridad por desventaja física, extrañando sus años de salud y juventud

Este proceso natural y desconcertante de envejecimiento vuelve a quien lo padece enojón y caprichoso o bien, melancólico y dependiente, otro factor para que un anciano se deprima es la pérdida de autoridad y prestigio, o sensación de tiempo perdido o cercanía a la muerte, manifestando un sentimiento de tranquilidad o preocupación en algunos casos: “Si bien es cierto que muchos ancianos se la toman con calma e incluso con esperanza, es igualmente cierto que un gran porcentaje de personas de la tercera edad se rebelan ante la idea de abandonar este mundo. Quieren vivir y saben que el tiempo se les acaba. Les preocupa, especialmente, el hecho de morirse solos” (MORRIS, 2008)

2.5. Aspectos Emocionales y sociales del Adulto Mayor.

El aspecto social del adulto mayor es algo difícil de hablar, ya que las personas de esta edad se van alejando de la sociedad y en ocasiones tienden a aislarse por completo, ellos en ocasiones no son capaces de crear nuevas amistades si no que solo conviven con la gente que ya conocen y con sus iguales, ósea personas de la tercera edad.

Las personas que son queridas, apoyadas, y se sienten simplemente valoradas son adultos mayores que tienden hacer más felices ya que se sienten parte de una familia donde hay amor y cariño donde los miembros de la familia le dan un lugar importante al anciano por todo lo que sabe y lo que ha vivido.

Pero desgraciadamente esa realidad no es la vida de todo anciano, hay otros que sufren discriminación por ser precisamente ancianos y no tienen ese respeto que se merecen por ser sabios, son desvalorizados y en ocasiones maltratados física, verbal y psicológicamente.

Si el adulto mayor no obtiene algún tipo de motivación para seguir con su vida habitual, y al contrario en lugar de tener apoyo se le brinda un trato de desvalorización y discriminación, el anciano va a generar emociones negativas

y por consiguiente sus relaciones interpersonales no serán muy buenas, si le brinda el desarrollo óptimo afectivo al anciano sería lo más sano para la persona ya que se sentiría querido y apoyado por alguien, tendría más ánimo para continuar y compartir más cosas con más personas, no solo de su edad sería capaz de relacionarse con gente más joven y sentirse que está transmitiendo todo lo que sabe a una nueva generación y eso hace sentir al anciano importante, que está haciendo algo por la sociedad.

Para Maxell, (2008), “Uno de los principales problemas en el anciano es al perdida de la memoria o la imposibilidad d retener información, ya que con el paso de la edad la memoria se deteriora, el aprendizaje y la atención suelen ser menos favorables para la persona, es por esto que el anciano suele olvidar con frecuencia las cosas o es más complicado enseñarle algo y que estos aprendan rapidez y facilidad, por esto es mejor proporcionarles claves que guíen su recuerdo ya que esto mejorara en mucho su rendimiento y su memoria”.

En lo emocional también se muestran algunos cambios, en el sentido de placer y dificultad en el proceso de la información emocional. Es por esto que algunos ancianos pierden el interés por lo emocionante, lo divertido, es por esto que en esta etapa algunos ancianos muestran en ocasiones sentimientos de desesperanza, su procesamiento de emociones no logra estar activo como antes y es aquí cuando el anciano puede estar más vulnerable aun estado de melancolía. Por lo que es importante el apoyo de la sociedad para lograr una mejor calidad de vida en el adulto mayor.

2.6. Inestabilidad emocional en el Adulto Mayor

“La inestabilidad emocional en el adulto mayor es una de las características del deterioro de la mente a esa edad” (LAMAS, 2011). Es normal que cuando uno es anciano los sentidos pierdan fuerza a la vez que la mente ya no tiene las mismas capacidades que tiene uno de joven. Por ello es necesario que

estemos preparados para cuando nos toque vivir esos momentos, comprendiendo desde ahora que tarde o temprano es algo con lo que tendremos que lidiar en la vida.

La autoestima en el adulto mayor se va perdiendo a partir del hecho en que se va sintiendo solo cuando pierde a su pareja, ante la pérdida de la fuerza física, la pérdida de la salud, la falta de dinero, la independencia de los hijos, la falta de trabajo y el trato de la gente que lo rodea, la falta de comprensión y paciencia de los demás y la invalidez. Esto crea en el adulto mayor una sensación de minusvalía.

Se sabe que a partir de la autoestima, es decir del concepto del valor propio como personas depende mucho nuestra relación con el mundo que nos rodea y la actitud en el trato con nuestros semejantes, más aún en esta etapa de la vida la que nos puede traer problemas si la actitud es negativa, es importante crear la autoimagen de manera positiva ante las metas alcanzadas y toda la experiencia ganada con los años interpretando que la vida nos da la sabiduría que otros aún no han alcanzado, así el adulto mayor podrá lograr mayor bienestar personal si reforzamos en ellos sus potencialidades y enseñándoles que a su edad se puede vivir la vida con mejor actitud y disfrutando de actividades diferentes con una visión más positiva de la vida. La familia juega un papel muy importante y es por ello que deben ser ellos quienes más apoyen a los adultos mayores de la familia.

2.7. LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para

afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia familiar. <http://www.who.int/topics/depression/es/07/04/2014> 21:23

Tirado Tur. C (2006) Manifiesta que entre los trastornos psiquiátricos más importantes que vive el adulto mayor se señala la depresión, la cual se expresa a través de estados de ánimo permanentes de tristeza, soledad, indiferencia, negativismo, pesimismo, pronta irritabilidad, frustración, entre otros. La depresión afecta integralmente al paciente que la padece, deteriora su calidad de vida y determina cambios fundamentales en sus formas de relación, por tanto, conmueve a su familia y entorno social más cercano.

Cuando un adulto mayor vive depresión se encuentra agobiado por un sentimiento negativo contra el cual no puede luchar de manera individual y voluntaria y que interfiere de manera drástica en su cotidianidad. Debe, por tanto, contar con un tratamiento multidisciplinario que incluya la acción médica especializada, el apoyo de la atención psicológica y la intervención adecuada del entorno familiar y social.

Psicológicamente el envejecimiento produce una disminución de la autoestima. Es posible que la persona sienta que ya no es importante para su entorno y perciba que los demás ya no le dan mayor significado, lo que además genera la pérdida del sentido de la vida, mucho más si los adultos mayores no han logrado su desarrollo intelectual y ya no son mentalmente activos.

Es importante trabajar a través de estrategias cognitivas y afectivas que le permitan aceptarse a sí mismo de manera positiva, mejorar su autoestima y recuperar un auto concepto constructivo que le haga mirar la propia valía personal.

Se deben crear espacios y generar experiencias en donde el adulto mayor pueda sentirse bien con los demás y formar acciones que le permitan sentirse

capaz de actuar por sí mismo, más allá de las limitaciones físicas, psicológicas o sociales que le toque enfrentar.

2.7.1. CARACTERÍSTICAS

2.7.1.1. Características psicológicas

La depresión está asociada con un número de características psicológicas que, por su propia naturaleza, a menudo permanecen ocultas a los observadores a pesar de que constantemente afectan a la persona deprimida. Tales características incluyen sentimientos abrumadores de tristeza, desesperanza, remordimiento, culpa y bajeza. A las personas deprimidas les resulta difícil concentrarse y no son capaces de hacerlo por completo, lo que puede reducir su capacidad para responder adecuadamente al estrés.

2.7.1.2. Características físicas

Aunque la depresión se caracteriza como una enfermedad mental, se manifiesta físicamente a través de varias condiciones notables. La pérdida de energía (fatiga, letargo, inquietud, debilidad) es una condición común que es característica de la depresión. Las alteraciones del sueño - como el insomnio, aumento o disminución del sueño y un horario anormal de sueño - son también características físicas asociadas con la depresión.

2.7.2. ÁREAS AFECTADAS

Estados de ánimo-sentimientos: las personas deprimidas se sienten melancólicas, tristes y ansiosas, y las situaciones de felicidad no cambian su estado de ánimo. También se sienten impotentes, culpables, irritables e incapaces de pensar con claridad.

Ideas-pensamientos: las ideas y los pensamientos son negativos. Incluso las personas deprimidas piensan que son inútiles y sin esperanza

Parte física-corporal: el sueño y la digestión de alimentos se ven perturbado.

Acciones_ conductas: llanto frecuente. La impaciencia es algo común, rutinas como levantarse de la cama o vestirse pueden convertirse en algo difícil de realizar. La reacción relacionada con la depresión que resulta más preocupante es el suicidio.

2.7.3. CAUSAS

Genéticas: Algunas personas heredan cierta vulnerabilidad a la depresión. Está en los genes. Si los padres o hermanos sufrieron de depresión, el riesgo es alto.

Factores de desarrollo: Las personas que son que crecen en un ambiente donde se encuentran sujetos deprimidos y se ven lastimados en su desarrollo, se vuelven vulnerables a la depresión.

Factores sociales: Los conflictos familiares, el ambiente familiar, los problemas legales/económicos. Una cultura centrada en el egoísmo, o la pérdida de seres queridos.

Fisiológicas: El mal funcionamiento de la de la comunicación neuronal. A veces las enfermedades físicas causan depresión: la gripe, el cáncer, los cambios hormonales, incluso ciertos medicamentos

Estructurales: Todos han tenido alguna experiencia con la depresión porque es una reacción común en ciertas etapas de la vida.

2.7.4. SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

- Sentimientos de tristeza o irritabilidad
- Pérdida de interés en actividades que normalmente disfruta.
- Aumento o disminución marcada del apetito.
- Cambios en los patrones de sueño.
- Sentimientos de culpa, desesperanza o de que “no valgo o no sirvo para nada”

- Incapacidad para concentrarse o para tomar decisiones, fallas de la memoria.
- Pensamientos recurrentes sobre muerte o suicidio.
- Cansancio constante o falta de energía.
- Agitación, inquietud, o disminución de la actividad. .

2.7.5. TIPOS DE DEPRESIÓN

Depresión normal: La persona presenta muchos de los síntomas de la depresión que le impiden realizar las actividades cotidianas, La depresión es una experiencia muy común para todos nosotros. Todos nos sentimos hartos, abatidos o tristes en algún momento de nuestras vidas. Las razones para tales sentimientos suelen parecer evidentes -una discusión, una frustración, una pérdida de algo o alguien importante- aunque no siempre es así. En ocasiones nos sentimos malhumorados, fastidiados, tristes, o "nos hemos levantado con el pie izquierdo" y realmente no sabemos por qué.

Depresión leve. Cuando la persona presenta sólo algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria le generan un gran esfuerzo.

Depresión severa: Se refiere a cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y ésta le impide realizar sus actividades diarias.

La depresión severa es una seria enfermedad cuyos síntomas incluyen humor deprimido, disminución en el nivel de energía y en el interés por la vida, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño, y pensamiento y movimientos ya sea lentos o agitados. La depresión severa no es una tristeza pasajera. Si no se obtiene tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años, sin embargo, un tratamiento adecuado puede ayudar a la mayoría de las personas que sufren de depresión.

http://www.peques.com.mx/sintomas_y_tipos_de_depresion.htm 10/04/2014
23:32

2.8. LA PSICOLOGÍA DEL ADULTO MAYOR

“La personalidad, el carácter, el psiquismo del hombre que envejece se modifica poco a poco. La memoria de fijación y la evocación de los hechos presentes son los primeros que se alteran, considerándose mejor la memoria de evocación de los hechos antiguos. Disminuyen también la atención y las posibilidades de concentración intelectual, siendo difícil sostener el esfuerzo. La imaginación se adormece y la fatigabilidad es más rápida” (URIBE A. F.-C., 2010).

La disminución general de las aptitudes sensoriales (principalmente de la vista y el oído), así como las dificultades motrices, aumentan la limitación de la actividad. Las patologías somáticas intercurrentes (respiratorias, cardíacas, digestivas, reumáticas) repercuten sobre el psiquismo del individuo y limita las posibilidades de actividad creadora.

Lo mismo sucede con los problemas sexuales, que no desaparecen con la edad, pudiendo incluso adquirir carácter obsesivo a causa de su insatisfacción. Esta disminución de aptitudes se complica en la modificación de las relaciones sociales y familiares. La jubilación hace perder al hombre su automatismo profesional y le pone, bruscamente, en citación de inactividad. Esto provoca siempre un cambio en la vida matrimonial al aumentar las horas de vida común, acentuándose así los diversos puntos de fricción. Al mismo tiempo disminuyen los ingresos y, sin embargo no disminuyen las necesidades. A estas dificultades personales se añaden frecuentemente problemas familiares con los hijos; los ancianos son frecuentemente mal tolerados por los matrimonios jóvenes lo que hace que su situación sea dolorosa, que la interpreten como un abandono y no se resignen. Muy pocos son los ancianos que encuentran una nueva actividad que corresponda a su edad y con ello un nuevo equilibrio social y familiar, conservando así una autonomía afectiva.

Cuando lo consigue es porque tienen una personalidad fuerte y también tal vez porque su envejecimiento fisiológico es menor que su envejecimiento cronológico.

De todas formas, el deterioro psíquico del anciano va acentuándose poco a poco. La capacidad operativa intelectual disminuye y la actividad psíquica sufre una verdadera inercia. No tiene posibilidad de adquirir nuevos conocimientos intelectuales; a menudo, el anciano no se interesa por nada y no puede realizar el menor esfuerzo intelectual útil.

A veces conserva algún interés por las materias que le han apasionado durante su vida y entonces es capaz, profundizando en ciertos puntos, de obtener resultados válidos a la luz de su experiencia.

“El déficit de actividad mental, la ausencia de fijación, el resurgimiento constante de antiguos recuerdos, favorece la machaconería, la constante referencia a los mismos temas estereotipados” (TROBAL, 2010). La evocación de estos recuerdos se acompaña de incontinencia emocional compuesta de hiperemotividad y sensiblería excesiva, que se expresa libremente por insuficiente control de las reacciones emotivas favorecidas también, desde el punto de vista orgánico, por cierta liberación talámica análoga.

El anciano tiene ciertas dificultades para adaptarse a nuevas situaciones. Inconscientemente evoluciona hacia el egocentrismo, que contrasta generalmente con sus tendencias anteriores y que le fija en las situaciones presentes, exagerando sus sentimientos de propiedad y haciéndole a la vez desconfiado, avaro y contradictorio.

Realmente, el estudio de la psicología del hombre que envejece es muy complejo. Al margen de la visión de conjunto, para estudiar con más intensidad algún aspecto concreto podemos, por ejemplo, estudiar la influencia de la edad sobre la desorganización del espacio visual.

Necrológicamente, lo más interesante de esta desorganización consiste en la agnosia visual-espacial y en la apraxia constructiva, aunque psiquiátricamente podemos integrar mejor los trastornos de las funciones del conocimiento.

Hemos estudiado las etapas de desorganización del espacio visual y la influencia de factores diversos, la edad sobre esa desorganización, basándonos en los conceptos de Piaget sobre la génesis del espacio infantil.

f. METODOLOGÍA

Durante la presente investigación, se utilizarán los siguientes métodos, técnicas e instrumentos:

MÉTODOS

✓ **MÉTODO CIENTÍFICO**

Que servirá para analizar, sistematizar y ordenar la información teórica obtenida a través de libros, internet y revistas científicas para explicar teóricamente el problema elegido por el investigador.

✓ **MÉTODO ANALÍTICO-SINTÉTICO.**

Permitirá analizar los datos empíricos de la información del trabajo investigativo abstrayendo su contenido formal en el proceso del desarrollo del proyecto, y así se extraerá las partes de un todo para estudiarla y examinarlas por separado dando cumplimiento a los objetivos específicos.

✓ **MÉTODO DEDUCTIVO**

Servirá para partir de una conclusión general del problema investigado y llegar a conclusiones particulares sobre la terapia ocupacional y el estado emocional.

TÉCNICAS

Para cumplir los objetivos específicos se utilizara las siguientes técnicas:

- ❖ **Encuesta.-** Dirigida al personal que labora en el centro de Día “San José”, la cual nos permitirá obtener información sobre la terapia ocupacional en el estado emocional de los adultos mayores del centro para dar cumplimiento al primer objetivo específico.

- ❖ **Ficha de Observación.**- Se utilizará con la finalidad de valorar el estado emocional predominante de las personas investigadas para dar cumplimiento al segundo objetivo específico.

INSTRUMENTOS

- **El test.**- Se aplicará el test geriátrico de Yesavage, el mismo que se utiliza con personas adultas mayores y sirve para evaluar el nivel de depresión que presentan los mismos, para dar cumplimiento al segundo objetivo específico.

LA POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 12 adultos y 3 profesionales, quedando una muestra total de 15 personas investigadas.

CENTRO DE DÍA	ADULTOS MAYORES	PERSONAL QUE LABORA	TOTAL
POBLACIÓN	12	3	15

FUENTE: Secretaría del Centro de Día "San José"

RESPONSABLE: Dorys R. Lapo

g. CRONOGRAMA.

TIEMPO ACTIVIDADES	2013												2014							
	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOS.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	
PRESENTACIÓN DEL PROYECTO	X																			
REVISIÓN DEL PROYECTO		X																		
ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS			X	X																
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA					X	X														
CORRECCIONES DEL PROYECTO							X	X	X	X	X									
PRESENTACIÓN DEL PROYECTO PARA SU APROBACIÓN												X								
APROBACIÓN DEL PROYECTO													X							
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS														X						
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES															X					
ELABORACIÓN DE INFORME FINAL																X				
APROBACIÓN DE TESIS																	X			
DEFENSA PRIVADA																			X	
DEFENSA PUBLICA																				X

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Recursos Institucionales:

- Universidad Nacional de Loja
- Área de la Educación, El Arte y la Comunicación
- Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial
- Centro del Día “San José”
- Biblioteca de la Universidad

Recursos Humanos

- Autoridades, personal que labora en el Centro de Día “San José”.
- Director de tesis por asignarse
- Adultos Mayores
- Investigadora: Dorys Lapo

Recursos Materiales

- Computador.
- Impresora a color.
- Memorias USB, CD.
- Papel de impresión.
- Tinta
- Implementos de escritorio
- Anillado
- Copias
- Empastado
- Transporte
- Pago de derecho

PRESUPUESTO

MATERIALES	PRESUPUESTO
Material bibliográfico	150.00
Impresiones del proyecto	300.00
Copias de documentos	50.00
Documento del primer borrador	150.00
Empastado	50.00
Transporte	150.00
Tramites	60.00
Imprevistos	100.00
Varios	110.00
TOTAL	1.350

i. BIBLIOGRAFÍA

- ❑ AOTA. Terapia ocupacional es el uso terapéutico de actividades de autocuidado, , Edit. Médica Panamericana. Madrid 2006
- ❑ BEGOÑA, Polonio. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Edit. Panamericana. México 2008
- ❑ BELLAMY, A. La terapia ocupacional, Edit, Praxis. Barcelona 2007
- ❑ BERGER, Louis. Los adultos mayores una nueva etapa de vida. Edit. Hill. México, 2009
- ❑ CANO-VINDEL, A. La terapia ocupacional en el control emocional del adulto. Edit Emociones, Madrid 2009
- ❑ CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA SOCIAL (CONPES), (2004). Lineamientos para la operación del programa nacional de alimentación para el adulto mayor "Juan Luis Londoño de la Cuesta" y la selección y priorización de sus beneficiarios. Documento Conpes Social.
- ❑ GALLAR, M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Edit. Paraninfo, Madrid, 2009
- ❑ GARCÉS, E. Programa para prevenir problemas en la edad adulta. Edit. Avance, Cuba, 2009
- ❑ GARCÍA PÉREZ, C: "Integración Socio laboral del Deficiente Psíquico". Amarú Ediciones, 1995, Salamanca.
- ❑ GARY KIELHOFNER, Terapia Ocupacional, Pamplona 2004.
- ❑ GÓMEZ. M. J.F. Evaluación de la Salud de los ancianos. Edit. Manizales. Colombia. 2008.
- ❑ GUILLÉN, LI., Francisco, RUIPÉREZ, C .Isidoro. Manual de Geriatria.Edit. Mason, España, 2008
- ❑ INEC, Censo de Población y Vivienda. Edit. Quito- Ecuador 2010.
- ❑ LÓPEZ, Begoña. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Edit. Panamericana, Bolivia, 2010
- ❑ LOPEZ, I. Propuesta de intervención al adulto mayor. Edit. Integral, 2009
- ❑ McDONAL, E.M. Terapia Ocupacional En La Rehabilitación, Edit. Salvat, Segunda Edición, España 2009

- ❑ MOLINA, P. y TARRÉS, Pedro. Terapia ocupacional en geriatría: Principios y práctica. Edit. Masson. México, 2009
- ❑ MORRIS. M. Los cambios conductuales en el anciano. Edit. Percell. Guatemala 2008
- ❑ MORUNO P, ROMERO DM. Definición de la terapia ocupacional. Edit. Romero DM. Barcelona: Masson; 2009.
- ❑ NELSON, D. La ocupación permanente. Edit. Journal of Occupation. Texas, 2008
- ❑ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Edit. CIF. Ginebra, 2010.
- ❑ PELÁEZ, M. Programa de apoyo al adulto mayor. Edit. Avances. Madrid 2009
- ❑ POPOLO, F. (2001).Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Serie Población y Desarrollo 19, 5-57.
- ❑ RAGE, E. La personalidad del adulto mayor. Revista de Psicología Iberoamericana, 2009
- ❑ RAGE, E. La personalidad del anciano. Edit. Iberoamericana, Sevilla, 2008
- ❑ ROMERO, A., MORUNO, D., MIRALLES, P. Terapia Ocupacional, teoría y práctica. Edit. Masson. Londres 2009
- ❑ RUIZ GARCÍA, Heliodoro. La Terapia Ocupacional y las enfermedades mentales. Sevilla, 2007
- ❑ SPACKMAN, Willard. La terapia ocupacional. Edit. Panamericana, Buenos Aires 2008
- ❑ TIRADO TUR.C. Psicología de la vejez, Madrid 2006.
- ❑ TROBAL, Miguel, CANO-VINDEL, A., CASADO, M. & ESCALONA, A. Emociones e hipertensión. Edit. Anales de Psicología, Madrid, 2010.
- ❑ TURNER, Annie, FOSTER Marg y otros. Terapia Ocupacional y disfunción física. Principios, técnicas y práctica. Edit. ElsevierScience, New York 2008

- ❑ URIBE, A. F & BUELA-CASAL, G. Calidad de vida en personas mayores. IV Congreso Iberoamericano de Psicología. II Encuentro de la Red Iberoamericana de Facultades y Escuelas de Psicología. Santiago de Chile, Chile 2010
- ❑ MOSEY, Definición del ambiente, Pamplona 2004.
- ❑ ROJAS QUIROZ, Mayra Alejandra, Aspectos emocionales y sociales del Adulto Mayor.

PÁGINAS DE INTERNET Y DOCUMENTOS EN LÍNEA

- ❑ ANDRADE, C. (2011). Tesis de Grado, "Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011", Disponible en:
<http://dspace.esepoch.edu.ec/bitstream/123456789/1467/1/34T00245.pdf>.
Accedido el 30 de septiembre de 2013
- ❑ Elliot y Barris. 3º congreso virtual "Integración sin Barreras en el Siglo XXI". 2002, Disponible en:
http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Terapia_ocupacional_importancia_del_contexto.shtml. Accedido el 30 de septiembre de 2013
- ❑ http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
- ❑ Jaspers-Faijer, D. (2005) Boletín: Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. 2-11, Disponible en:
<http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633>. Accedido el 29 de septiembre de 2013.

ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL
ENCUESTAS DIRIGIDA AL PERSONAL

Estimado Sr (a):

Con la finalidad de conocer sobre la terapia ocupacional que se desarrolla en el Centro de Día “San José”, solicito comedidamente se digne responder el siguiente cuestionario el mismo que tiene el carácter de anónimo.

1. Señale el tipo de Terapia Ocupacional que se practica en el Centro de Día.

Lúdica ()

Gimnoterapia ()

Laboral ()

Industrial ()

¿Por qué?

.....

2. Señale las actividades ocupacionales que se realizan en el Centro

Cestería ()

Cerámica ()

Carpintería ()

Escultura ()

Música ()

Dibujo y pintura ()

¿Por qué?

.....

3. ¿Busca la colaboración activa del adulto mayor?

Si ()

No ()

¿Por qué?.....

.....

4. ¿Se siente satisfecho con el desempeño de los adultos mayores durante las actividades?

- | | | | |
|---------------|-----|----------|-----|
| Siempre | () | Rara vez | () |
| Casi siempre | () | Nunca | () |
| Algunas veces | () | | |

¿Por qué?

.....

5. De las siguientes alternativas marque con una (x) la participación de los adultos

Mayores en las terapias ocupacionales.

- | | | | |
|-----------|-----|---------|-----|
| Muy buena | () | Regular | () |
| Buena | () | Mala | () |

¿Por qué?

.....

6. ¿A través de las actividades que usted realiza en la terapia ocupacional que es lo que desea lograr en los adultos mayores?

- | | | | |
|---------------------|-----|-----------------------|-----|
| Adaptación | () | Calidad de vida | () |
| Bienestar Emocional | () | Satisfacción personal | () |

¿Por qué?.....

.....

7. ¿Las actividades de terapias ocupacionales son planificadas y organizadas de acuerdo a los adultos mayores?

- | | | | |
|---------------|-----|----------|-----|
| Siempre | () | Rara vez | () |
| Casi siempre | () | Nunca | () |
| Algunas veces | () | | |

8. ¿Quiénes son los encargados de aplicar las terapias ocupacionales?

- | | |
|--------------------|-----|
| Coordinador | () |
| Trabajadora social | () |

Pasantes ()

¿Por qué?.....

.....

9. ¿Cuáles son las estrategias que usted utiliza para mejorar la participación de los adultos mayores en las terapias ocupacionales que se brindan en el centro que usted labora?

Motivación ()

Participación grupal ()

¿Por qué?.....

.....

10. ¿A su consideración, la terapia ocupacional es favorable para el estado emocional de los adultos mayores?

Si ()

No ()

¿Por qué?.....

.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

TEST DE ESCALA GERIÁTRICA DE ESTADO EMOCIONAL

VALORACIÓN EMOCIONAL

La escala geriátrica de estado emocional de Yesavage, ha sido probada y utilizada extensamente con la población de personas mayores, es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión leve y 11 a 15 indica depresión severa.

POBLACIÓN OBJETIVO

La escala puede utilizarse con las personas saludables y se recomienda específicamente cuando hay alguna indicación de alteración afectiva. Se ha utilizado extensamente en entornos comunitarios y de atención aguda y de largo plazo.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En estudios realizados se han encontrado que la escala de Yesavage tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evalúa contra criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como la investigación clínica.

PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES

La escala de Yesavage no es un elemento clínico sustituto para una entrevista diagnóstica por profesionales de salud mental. Es una herramienta útil de detección en el entorno clínico para facilitar la evaluación de la depresión en los adultos mayores.

ESCALA DE ESTADO EMOCIONAL GERIÁTRICA ABREVIADA

INSTRUCCIONES

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido usted. Durante la última semana.

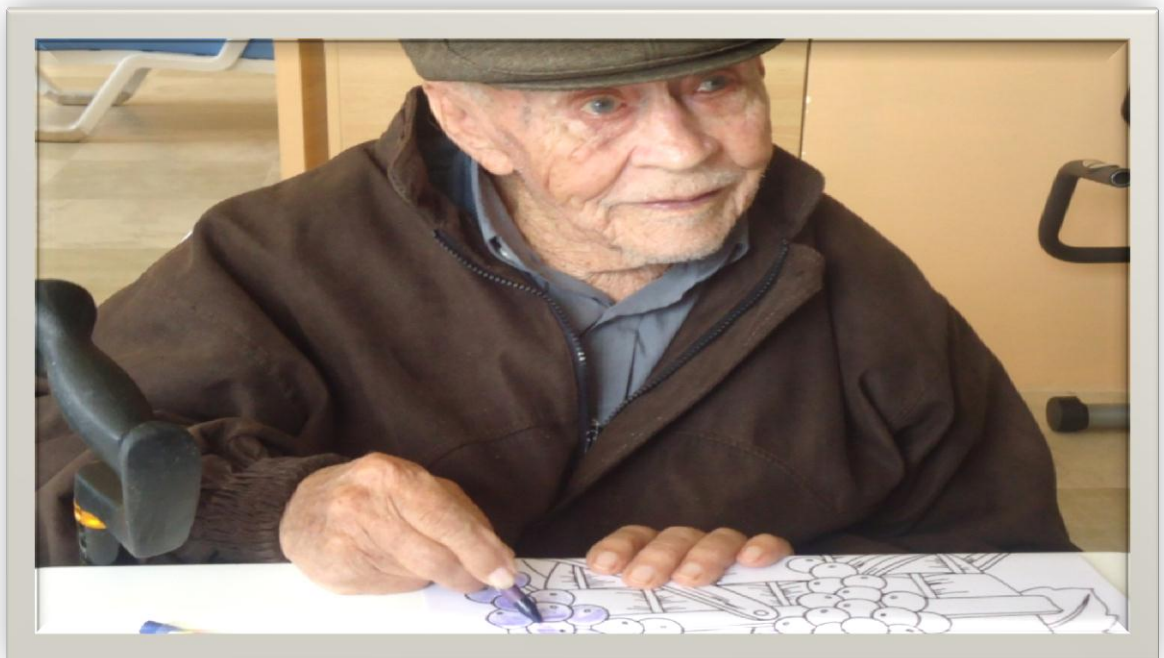
- | | | |
|--|----|----|
| 1.- ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida? | si | NO |
| 2.- ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? | SI | no |
| 3.- ¿Siente que su vida está vacía? | SI | no |
| 4.- ¿Se siente aburrido frecuentemente? | SI | no |
| 5.- ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo? | si | NO |
| 6.- ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? | SI | no |
| 7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | si | NO |
| 8.- ¿Se siente con frecuencia desamparado? | SI | no |
| 9.- ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? | SI | no |
| 10.- ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? | SI | no |
| 11.- ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo? | si | NO |
| 12.- ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente? | SI | no |
| 13.- ¿Se siente lleno de energía? | si | NO |
| 14.- ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? | SI | no |
| 15.- ¿Cree Ud. que las otras personas están generalmente mejor que usted? | SI | no |

SUME TODAS LAS RESPUESTAS SI EN MAYÚSCULAS O NO EN MAYÚSCULAS O SEA: SI = 1; si = 0; NO = 1; no = 0

TOTAL = -----

FICHA DE OBSERVACIÓN

PACIENTE	FICHA DE OBSERVACIÓN			
	Estado Emocional Predominante			
	Alegría	Tristeza	Ira	Miedo
Paciente 1				
Paciente 2				
Paciente 3				
Paciente 4				
Paciente 5				
Paciente 6				
Paciente 7				
Paciente 8				
Paciente 9				
Paciente 10				
Paciente 11				
Paciente 12				
TOTAL				









ÍNDICE

CONTENIDOS

Portada.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Agradecimiento.....	v
Dedicatoria.....	vi
Ámbito Geográfico.....	vii
Ubicación Geográfica.....	viii
Esquema de tesis.....	ix
Título.....	1
Resumen.....	2
Summary.....	3
Introducción.....	4
Revisión literaria.....	6
Materiales y métodos.....	28
Resultados.....	30
Discusión.....	48
Conclusiones.....	50
Recomendaciones.....	51
Bibliografía.....	52
Anexos.....	55
Índice.....	126