

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO –EPS–**

**“EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA, EN
MEJORAR CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR PARA
ANCIANOS SENILIA”**

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

POR

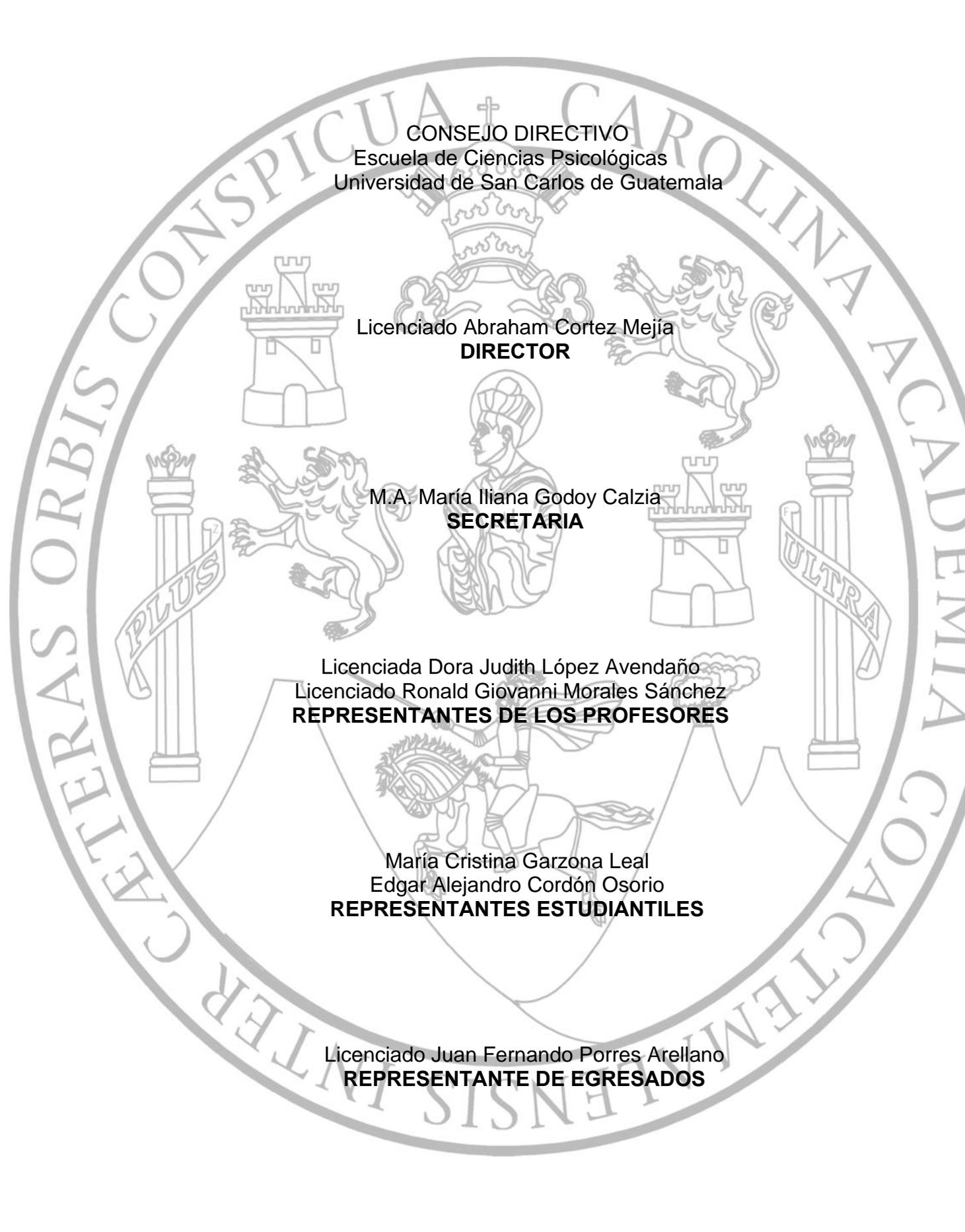
ILMA IVETTE ESCOBAR ORELLANA

**PREVIO A OPTAR TÍTULO DE
TERAPISTA OCUPACIONAL Y RECREATIVA**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

TÉCNICA UNIVERSITARIA

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2013

The background of the page features a large, faint watermark of the seal of the University of San Carlos of Guatemala. The seal is circular and contains the Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEM" around its perimeter. In the center, it depicts a figure on horseback, likely a saint or a historical figure, surrounded by various heraldic symbols such as castles, lions, and columns. The text is centered over the seal.

CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciado Abraham Cortez Mejía
DIRECTOR

M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA

Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

María Cristina Garzona Leal
Edgar Alejandro Córdon Osorio
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
REPRESENTANTE DE EGRESADOS



c.c. Control Académico

EPS

Archivo

REG. 132-12

CODIPs.1696 -2013

De Orden de Impresión Informe Final de ETS

23 de septiembre de 2013

Estudiante

Ilma Ivette Escobar Orellana

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO SEXTO (26º.) del Acta CUARENTA Y TRES GUIÓN DOS MIL TRECE (43-2013) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 18 de septiembre de 2013, que copiado literalmente dice:

“VIGÉSIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- titulado: **“EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA, EN MEJORAR CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR PARA ANCIANOS SENILIA”**, de la carrera técnica de Terapia Ocupacional y Recreativa, realizado por:

Ilma Ivette Escobar Orellana

CARNÉ No. 2009-16927

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

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

M.A. María Iliana Godoy Galzía

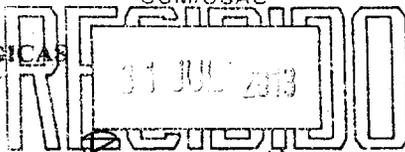
SECRETARIA



/gaby



Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



FIRMA: [Signature] HORA: 18:00 Registro: 132-12

Reg. 132-2012
EPS. 26-2012

30 de julio del 2013

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de

Ilma Ivette Escobar Orellana, camé No. 200916927, titulado:

"EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA, EN MEJORAR CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR PARA ANCIANOS SENILIA."

De la carrera de Terapia Ocupacional y Recreativa

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
COORDINADOR DE EPS



/Dg.
c.c. Control Académico



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

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

Reg. 132-2012
EPS. 26-2012

15 de julio del 2013

Licenciado
Oscar Josué Samayoa Herrera
Coordinador del EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Respetable Licenciado:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de

Ilma Ivette Escobar Orellana, carné No. 200916927, titulado:

"EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA, EN MEJORAR CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR PARA ANCIANOS SENILIA."

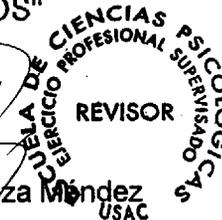
De la carrera de **Terapia Ocupacional y Recreativa**

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
REVISOR



/Dg.
c.c. Expediente



CUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 132-2012

EPS. 26-2012

27 de mayo del 2013

Licenciado

Oscar Josué Samayoa Herrera

Coordinador del EPS

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

Respetable Licenciado:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de

Ilma Ivette Escobar Orellana, carné No. 200916927, titulado:

"EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA, EN MEJORAR CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR PARA ANCIANOS SENILIA."

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

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Domingo Romero Reyes
Asesor-Supervisor

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
ASESOR SUPERVISOR
USAC

/Dg.

c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

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

C. C. Control Académico

EPS

Archivo

Reg. 132-2012

DIR. 1,129-2012

De Aprobación de Proyecto de ETS

08 de mayo de 2012

Estudiante

Ilma Ivette Escobar Orellana

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL CIENTO VEINTIUNO GUIÓN DOS MIL ONCE (1,121-2011), que literalmente dice:

"UN MIL CIENTO VEINTIUNO: Se conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS-, titulado: **"EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA, EN MEJORAR CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR PARA ANCIANOS SENILIA ,"** de la carrera Técnica de Terapia Ocupacional y Recreativa, realizado por:

Ilma Ivette Escobar Orellana

CARNÉ No. 200916927

Dicho proyecto se realizará en: Ciudad Capital, zona 7, asignándose Doctor Guillermo Arreaga quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y Licenciado Domingo Reyes, por parte de esta Unidad Académica. Considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**"

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO





SENILIA

Centro de Cuidados Integrales

Guatemala de la Asunción, 12 de noviembre 2012

Licenciado

SAMAYOA

Coordinador Departamento EPS

Escuela de Ciencias Psicológicas

USAC CUM

Presente.

Estimado Licenciado SAMAYOA:

Por este medio le saludamos cordialmente y le deseamos grandes éxitos en su importante carrera profesional.

La presente misiva hace constar que la señorita Ilma Ivette ESCOBAR ORELLANA quien porta el carne: 200916927, realizó su Ejercicio Técnico Supervisado --ETS-- como terapeuta ocupacional y recreativo, satisfactoriamente durante el ciclo 2012 en la sede de nuestra obra benéfica. Dicha práctica estuvo bajo la supervisión de nuestro personal y del Lic. Domingo ROMERO REYES representante de su prestigiosa universidad.

Por esa razón extendemos la presente carta como constancia de su práctica supervisada y queremos asimismo felicitarla por su interés mostrado y por su respeto a los ancianos.

De esta manera le rogamos, Licenciado SAMAYOA, que acepte de nuestra parte nuestros más respetuosos saludos.

Cordialmente,


Angela QUIROA
Presidenta
www.senilia.org



Asociación Centro de
Cuidados Integrales
-SENILIA-
33-Avenida "A" 7-44 Zona 7
Cob. Tikal II, Guatemala, C.A.
Tel: 45-45-69-63
www.senilia.org

MADRINA

Brenda Nineth Guzmán de Torres

Licenciada en Psicología

Colegiado No. 8252

ACTO QUE DEDICO

A DIOS QUIEN DÍA A DÍA PERMITIÓ ESTE SUEÑO, QUE HOY SE MATERIALIZA Y ES UNA REALIDAD, UN LOGRO TAN ESPECIAL EN MI VIDA. POR LOS OBSTÁCULOS Y MOMENTOS DIFÍCILES QUE ME PERMITIÓ SUPERAR Y HACEN QUE VALORE MÁS SU PRESENCIA EN MI VIDA.

A MIS PADRES:

Alvaro y Lisbett, por su apoyo incondicional, amor, sacrificios y comprensión a lo largo de estos años.

A MIS HERMANOS:

Madelein y Alvaro, por su amor, apoyo, comprensión y palabras de aliento para poder continuar.

A MIS PADRINOS:

Amparo y Oswaldo, quienes son parte importante de mi vida y siempre me han alentado para ser una profesional.

A MIS ABUELAS:

Antonieta y Clorinda que en paz descanse, quienes fueron fuente de inspiración para salir adelante.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LOS CATEDRÁTICOS DE LA CARRERA TÉCNICA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

Por hacer posible mi formación en esta hermosa carrera y en especial a la licenciada Brenda de Torres a quien admiro mucho y agradezco todos sus consejos durante mi formación.

A MIS AMIGAS DE INFANCIA

Sarahí y Vicky, quienes me han acompañado durante muchos años y desde sus responsabilidades diarias siempre tuvieron un tiempo para mí y nunca faltaron las palabras de aliento para continuar.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS UNIVERSITARIOS

Por haber hecho este proceso de aprendizaje un camino inigualable, divertido, que también dejó en mí un aprendizaje de vida y muchos recuerdos agradables, en especial Victoria, Irving, Astrid, Lorena y Luisa, amigos fieles.

A MI FAMILIA EN GENERAL

Bisabuela, Abuelo, Primos, tíos y sobrinos, por ser parte de mi vida y compartir felicidad por mis logros

*"Haz sólo lo que amas y serás feliz,
y el que hace lo que ama,
está benditamente condenado al éxito,
que llegará cuando deba llegar,
porque lo que debe ser será,
y llegará naturalmente".*

Facundo Cabral

No estas Deprimido, estas Distraído

*"Incluso un camino sinuoso, difícil, nos
puede conducir a la meta si no lo
abandonamos hasta el final".*

Paulo Coelho

"El objetivo de la educación es la virtud y el deseo de convertirse en un buen ciudadano".

Platón

INDICE

Resumen	I
Introducción	III
Capítulo I “Antecedentes”	
1.1 Monografía de Guatemala	1
1.2 Descripción de la institución	10
1.3 Descripción de la población	13
1.4 Planteamiento de los problemas	13
Capítulo II “Referente Teórico Metodológico”	
2.1 Abordamiento teórico-metodológico”	15
2.2 Objetivos	39
2.2.1 Objetivo General	39
2.2.2 Objetivos Específicos	39
2.2.3 Metodología de Abordamiento	40
Capítulo III “Presentación de Actividades y Resultados”	
3.1 Subprograma de Servicio	43
3.2 Subprograma de Docencia	54
3.3 Subprograma de Investigación	55
Capítulo IV “Análisis y Discusión de Resultados”	
4.1 Subprograma de Servicio	60
4.2 Subprograma de Docencia	67
4.2 Subprograma de Investigación	68
Capítulo V “Conclusiones y Recomendaciones”	
5.1 Conclusiones Generales	71
5.1.1 Conclusiones Generales	71
5.1.2 Conclusiones Específicas	71
5.2 Recomendaciones	72
5.2.1 Recomendaciones Generales	72
5.2.2 Recomendaciones Específicas	73
Bibliografía	V

RESUMEN

El Ejercicio Técnico Supervisado fue realizado en base a las necesidades del hogar para el adulto mayor "Senilia", se presentará en 5 capítulos los antecedentes del trabajo, el desarrollo y los resultados alcanzados durante todo el Ejercicio Técnico Supervisado

Teniendo en el primer capítulo los antecedentes de trabajo, como son la monografía del lugar en donde se encuentra ubicado el centro, para comprender de qué manera trabaja y funciona el centro del Ejercicio Técnico Supervisado, de igual manera se encuentra la información y datos precisos de la población con la que se trabajó durante el Ejercicio Técnico Supervisado y la problemática del centro bajo la cual se trabajó de marzo a octubre.

En el capítulo dos se inicia con el marco teórico en donde se presenta toda la información, para comprender y comprobar las problemáticas con fundamentos teóricos, también se enseñan los objetivos bajo los cuales se trabajó el Ejercicio Técnico Supervisado, basados en la problemática del hogar. Se dividieron para un mejor alcance de trabajo, en el subprograma de servicio cuyos objetivos fueron orientados a la atención directa a la población del centro, el subprograma de docencia que se enfocó a la capacitación e información al personal sobre la importancia de ciertos temas en cuanto al abordaje con el adulto mayor y por último el subprograma de investigación que consistió en realizar una investigación de la problemática en el centro para fundamentar mejor lo que se está trabajando, los objetivos fueron un punto muy fuerte en este trabajo, estos guiaron todo el tiempo la metodología de abordamiento con la población de trabajo, en este espacio se explica paso a paso cómo se abordó cada uno de los subprogramas y sus objetivos planteados, que llevaron a una correcta intervención y al alcance de resultados esperados.

En el capítulo tres se hace la presentación de todos los procedimientos y actividades implementadas en el trabajo del Ejercicio Técnico Supervisado con el adulto mayor, cuánto tiempo duró su realización, qué materiales eran necesarios; todo el tiempo estuvieron enfocadas a alcanzar sus respectivos objetivos planteados en los subprogramas de trabajo presentados en el capítulo dos.

El capítulo cuatro, se habla de los resultados alcanzados y se hace un análisis de las situaciones, beneficios y dificultades que se mostraron en el desarrollo del Ejercicio Técnico supervisado en cada subprograma de trabajo, esto para dar una visión a los lectores de cuáles técnicas de trabajo representaron un gran reto en su implementación, en dónde valdría la pena buscar nuevas estrategias o hacer mejoras en las mismas, también ofrecer una visión de cuáles técnicas fueron exitosas y de beneficio, que valdría la pena seguir con su implementación de trabajo.

El capítulo cinco nos presenta las conclusiones y recomendaciones que surgieron del trabajo del Ejercicio Técnico Supervisado, que buscan dar a conocer todo lo alcanzado en el mismo y se realizan recomendaciones para buscar la continuidad de trabajo o para que el siguiente etesista tenga conocimiento de qué cosas puede mejorar o que otras desea implementar.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad en Guatemala el adulto mayor es considerado como una carga social, las políticas públicas están enfocadas a potenciar y mejorar otras áreas, como las personas discapacitadas jóvenes, pero qué sucede con el adulto mayor, son pocos los programas y publicidades que buscan hacer conciencia del adulto mayor, según para parte de la sociedad guatemalteca, el adulto mayor es la persona que ya hizo todo lo que tenía que hacer por su vida y que ahora simplemente es un carga y no es considerado que aún puede ser una persona productiva dentro de la sociedad.

Se puede observar en las calles que muchas de las personas que deambulan pidiendo limosna son adultos mayores, personas que en su tiempo tuvieron una casa, una familia, un alimento diario; pero la idea que se ha engendrado en Guatemala es que el adulto mayor ya no es alguien que "sirva" para la sociedad, lo botamos. Se sabe de muchos hogares para ancianos en Guatemala, ahora la pregunta es ¿Cuántos de ellos son sostenidos por el gobierno? y si son sostenidos por el gobierno ¿En qué condiciones tienen viviendo a los ancianos en el hogar?, es ahí en donde nace la idea de fundar lugares como el hogar para ancianos "SENILIA", lugares que reciben y trabajan con ancianos abandonados por la familia, no haciendo ninguna diferencia por su género, etnia, situación económica o si poseen alguna limitación física, estos mismos se sostienen de las donaciones de la población guatemalteca para proporcionar una mejor calidad de vida al adulto mayor, para que deje de deambular por las calles tratando de sobrevivir.

El adulto mayor no pierde su integridad de persona por tener más edad, poseen su deseo de independencia y libertad, de poder elegir qué comer y cómo vestirse, de poder decidir qué hacer y dónde ir, es importante recordar que el adulto mayor no dejó de ser persona, es por eso que se

realizan trabajos de Ejercicio Técnico Supervisados de parte de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para potenciar y mejorar la calidad de vida del adulto mayor, para enseñarles a otras personas, generar el movimiento de transformación y crear la visión de que el adulto mayor es aún persona, una persona productiva, vital y funcional en la sociedad.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1.1 MONOGRAFÍA GUATEMALA

Introducción

La Ciudad de Guatemala, cuyo nombre oficial es Nueva Guatemala de la Asunción (ahora casi en desuso), es la capital de la República de Guatemala. La ciudad se encuentra localizada en el área sur-centro del país y cuenta con una gran cantidad de áreas verdes. De acuerdo con el último censo realizado en la ciudad, habitan 1.149.107 personas, pero considerando su área metropolitana de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, alcanza un estimado de 4.058.519 habitantes para 2012, lo que la convierte en la aglomeración urbana más poblada y extensa de América Central.

Historia

Dentro de los confines de la moderna Ciudad de Guatemala está la antigua ciudad maya de Kaminal Juyú. Kaminal Juyú data de unos 2.000 años atrás y es sabido que comerciaba con la distante Teotihuacan en México central. El centro de Kaminal Juyú estaba localizado a corta distancia de la parte más antigua de la Ciudad de Guatemala, y en el siglo XX la ciudad creció alrededor de las ruinas (y en algunos casos sobre algunas de las ruinas periféricas antes de que fueran protegidas). El centro ceremonial de Kaminal Juyú es ahora un parque dentro de la Ciudad de Guatemala.

En tiempos de la colonia española era una pequeña ciudad con un monasterio llamado El Carmen, fundado en 1620. La sede de la Capitanía General de Guatemala, dependiente del virreinato de la Nueva España, fue mudada al valle de La Ermita en 1776, y la ciudad adquirió el nombre de Nueva Guatemala de la Asunción. En los últimos años de la época colonial, en Guatemala ocurrió la conjuración de

Belén y fue firmada el Acta de Independencia de Centroamérica el 15 de septiembre de 1821.

La Calle Real, hoy Sexta Avenida, fue la primera en contar con alumbrado público en 1835, gracias a un sistema de faroles de sebo. La iglesia de San Francisco fue construida con el novedoso gusto neoclásico de la época y se terminó de construir en el 1851. La iglesia de Santa Clara, en 1852.

En 1877 se implementó la primera nomenclatura con números en las vías de esta ciudad. Se les llamó "avenidas" a las vías con dirección norte-sur y "calles" a las de dirección de oriente-poniente. Desde entonces, la antigua Calle Real se convirtió en la Sexta Avenida.

Las principales salas fotográficas de entonces fueron: Fotografía Luminier de Herbruger; Fotografía Imperial de Eichenserger y la Fotografía del Siglo XX de Valdeavellano.

En 1879 se estrenó el sistema alumbrado de gas en los principales cuadrantes de la ciudad. Sin embargo, Guatemala siguió siendo una ciudad oscura, cuna de las más sobresalientes historias de espantos y aparecidos.

En 1882 comenzó a funcionar el tranvía en la ciudad. La primera línea salía de la Plaza Central con dirección a la Sexta Avenida. El tranvía corría por una hilada de rieles de hierro y era jalado por un par de mulitas, las que avanzaban su paso a fuerza de chasquido del látigo.

El teléfono llegó a la ciudad en 1884, y un año después, en 1885, se tiene conocimiento de que ya existía en la ciudad de Guatemala, el alumbrado público y era eléctrico.

El 19 de julio de 1884 se inauguró el sistema de ferrocarril que

comunicaba el Puerto de San José con la ciudad de Guatemala. Ya en la ciudad, el tren recorría dos millas desde el Guarda Viejo a la Estación Central. El tren funcionaba con carbón, leña y petróleo crudo para calentar las máquinas.

En 1892 se inició la construcción y urbanización del Bulevar 30 de Junio, hoy Paseo de la Reforma. Esta nueva avenida tendría como propósito comunicar la ciudad con el gigantesco parque de la Reforma en la finca la Aurora. El bulevar fue finalmente inaugurado en 1897. Con un decreto fechado el 2 de julio de 1898 se ordenó el traslado del Museo Nacional al Palacio de la Reforma, impresionante edificación con el estilo del renacimiento italiano que remataba bellamente al nuevo bulevar.

Su desarrollo se ha visto afectado en incontables ocasiones por desastres naturales, terremotos en su mayoría; que han devastado la ciudad y sus alrededores. El último que la afectó fue el terremoto de 1976 que dañó seriamente la estructura moderna construida y la que se encontraba en construcción, al igual que reliquias históricas como las iglesias de Nuestra Señora de la Merced, Nuestra Señora del Carmen (primer iglesia construida en el valle hacia 1620), el edificio del Mercado Central (hoy convertido en un edificio tosco que incluye un centro de artesanías nacionales para el turista).

Fundada oficialmente el 2 de enero de 1776, abarcaba un área aproximada de 10 x 20 manzanas (1 manzana = 7000 metros cuadrados), su crecimiento se dio en todas direcciones, siendo predominantes el sur occidente y el sur oriente. Su crecimiento ha tomado varias poblaciones que en sus inicios se encontraban alejadas, y que hoy forman parte de la ciudad. Algunas de estas son Mixco, Santa Catarina Pinula, Villa Nueva, San José Pinula. También se ha dado el fenómeno de las Ciudades Dormitorio, como Fraijanes, Villa Canales y Amatitlán. En estas ciudades y pueblos, los desarrollos urbanísticos

son muchos y muestran el gran crecimiento poblacional de la ciudad, pero ésta aún padece de escasez de vivienda, lo que fomenta la aparición de barriadas en zonas de alto riesgo, como las laderas y barrancos característicos de la región.

El 4 de febrero de 1976 a las 3:03 de la madrugada aprox. fue sacudida por un fuerte terremoto que afectó a todo el país. Zonas como la zona 3 quedaron totalmente destruidas, los hospitales estaban destruidos, se acabó el combustible y mucha gente murió. El terremoto fue de 7.6 en la escala de Richter.

En 2010 la ciudad sufre daños por la tormenta tropical Agatha, por la gran cantidad de lluvia en un corto periodo, el sistema de drenajes sufrió un colapso causando un gran socavón en uno de los recorridos en la zona norte.

Geografía

- Altitud: 1.592 metros.
- Latitud: 14° 37' 15" N
- Longitud: 90° 31' 36" O
- Extensión: 996km

Clima

A pesar de su ubicación en los trópicos, debido a su gran elevación sobre el nivel del mar, la Ciudad de Guatemala goza de un clima subtropical de tierras altas. El clima en Ciudad de Guatemala es generalmente muy suave, casi primaveral, a lo largo del año. La temporada de lluvias se extiende de mayo a noviembre mientras que la estación seca abarca el resto del año. En Ciudad de Guatemala también tiende a soplar mucho el viento, lo que puede reducir la temperatura aún más evidente.

La ciudad de Guatemala es la capital más fría y más alta de toda Centroamérica, para los meses fríos entre noviembre y febrero las temperaturas mínimas pueden llegar hasta los 3 °C y las máximas no sobrepasar los 20 °C.

Su temperatura media anual es de 19 °C. En el invierno, de diciembre a abril, tienen temperaturas que oscilan entre 21 y 5 °C. Los veranos van de junio a septiembre con temperaturas que oscilan entre 25 y 16 °C, siendo 0 °C la temperatura más baja históricamente. La humedad relativa media mañana: 84%, por la noche la humedad relativa: 64%. El Promedio de Punto de rocío es de 12 °C.

Hablas populares

Además del idioma dominante que es el español, en el departamento se hablan dos idiomas importantes. El poqomam en Chinautla y quizá algunas personas que todavía lo recuerdan en Mixco. No debe olvidarse que el valle central del departamento fue asentamiento de los poqomames en tiempos prehispánicos. Y el segundo es el kaqchikel, que se habla en San Pedro Sacatepéquez, San Juan Sacatepéquez y en San Raimundo.

Tradiciones

Tradición oral de la Nueva Guatemala de la Asunción

La Nueva Guatemala de la Asunción, ha generado una cultura propia, específica, desde el momento en que se asentó en este Valle de las Vacas, a finales del siglo XVIII. Su tradición oral, fresca y viva, aún en nuestros días, tiene como fuente de origen las tradiciones orales persistentes en el Valle de las Vacas antes del traslado; los ecos de las consejas aportadas por los habitantes venidos de Santiago de Guatemala, y las generadas por la propia ciudad a lo largo de su propia historia. En la ciudad de Guatemala, privan sobre todo las leyendas históricas, religiosas, de espantos, aparecidos y ánimas en pena, así

como cuentos de ancestral ascendencia occidental, entre los que se privilegian los cuentos maravillosos, los de animales, los de bandidos mágicos y los de bobos e ingenuos.

En cuanto a las leyendas, el escenario en general lo constituyen los viejos y ancestrales barrios de la urbe, los cuales atesoran esta literatura oral, especialmente los barrios del Cerro del Carmen, Candelaria y La Parroquia Vieja, en donde se arraigaron las ancestrales consejas. Además de las zonas periféricas de la ciudad, cantones y antiguos poblados absorbidos por la urbe, manifiestan este tipo de tradición oral.

Se puede afirmar que no hay casa, paraje, templo, parque, barranco, cerro o calle que se encuentre en estos barrios, que no posean relatos de algún tipo que hacen recordar la historia y lo legendario de la urbe.

De tal manera, los viejos barrios de la ciudad acrisolan leyendas animísticas de espantos y aparecidos de indescriptible belleza, tales como El Sombrerón, ese hombre pequeñito vestido de negro que con su guitarrita de plata o de cajeta "se enamora de las mujeres de ojos zarcos y pelo largo", "que arrastra sus patachos de mula cargadas de carbón", y que se aparece aún por el barrio de La Merced, como en el Callejón de Jesús, en el Callejón del Casco en La Parroquia Vieja o en el Callejón de La Cruz en el barrio de la Recolectión; La Siguanaba, esa vaporosa mujer que asusta a los hombres trasnochadores, se aparece todavía en los barrancos de Ciudad Nueva, El Quintanal y en los barrios de La Ermita, El Gallito, y El Ojo de Agua.

Las ánimas benditas recorren las calles de los barrios del Cerro del Carmen, Belén, El Sagrario y Santa Catarina. El Cadejo "cuida bolos, mujeres y niños solos" en los barrios del Guarda Viejo, La Pedrera, La Floresta y San Sebastián. Procesiones, fantasmas de nazarenos y

sepultados recorren las calles como el Señor Sepultado de Santa Catarina en la noche del Viernes Santo, o el Niño Nazareno de La Parroquia que recorre con su cruz auestas todos los callejones y calles de los barrios de Candelaria, El Cerrito del Carmen y La Parroquia Vieja.

Casas de espantos y casas con encantos y tesoros enterrados, se esconden en calles y callejones, como las que se encuentran en la Calle del Obispo, el Callejón Manchén, Callejón de la Aduana, Callejón de las Huérfanas o del Niñado y Calle del Hospital. Dos leyendas de ánimas en pena sobresalen en la ciudad. Así, en el barrio de San Sebastián se asegura que La Llorona grita todas las noches en el Callejón de Soledad, cerca del tanque de agua del callejón. Cuentan los vecinos que la Llorona fue una mujer que ahogó a su hijo en ese tanque y que Dios la condenó a buscar la tumba del hijo por la eternidad, "siempre, donde haya agua corriente".

Cuentan en el barrio San Sebastián, que La Llorona es una mujer vestida de negro, con pelo largo, que grita con angustia y terror en altas horas de la noche o en las madrugadas, "y que cuando se le oye de cerca es que está lejos y cuando se le oye lejos es que está cerca". La Llorona es uno de los espantos de mayor arraigo en los viejos barrios novoguatemalenses.

También en el barrio de la Recolección se cuenta la leyenda de los rezadores de la noche: monjes vestidos de negro que con candelas en la mano van rezando a la vera de las calles. Las personas que los sale a ver, les es entregada una candela que después se convierte en hueso, "y para que el hueso se vuelva otra vez en candela, se debe conseguir un angelito, un niño acabado de bautizar y así salir al encuentro del espanto, para que no se lo gane a uno". "Los rezadores salen porque la gente es muy curiosa y se mete a cada rato en la vida de los demás".

Esta es una de las leyendas más difundidas en todas las calles y callejones de la urbe.

Otras leyendas animísticas novoguatemalenses son La Sigüamonta, El Carruaje de la Muerte, el Chucho de la Muerte y la conseja de La Tatuana.

Leyendas religiosas abundan en la urbe, tales como las leyendas de Jesús Nazareno de la Merced, "como la imagen más perfecta de Dios en la tierra"; de Jesús del Consuelo de la Recolectión "que sale a bendecir a las gentes del barrio, el Viernes de Lázaro", y hay quienes aseguran haberlo visto entrar a las casas sin tocar la puerta. El Sepultado de La Parroquia, llora lágrimas de plata para los pobres de su barrio el Viernes de Dolores; en tanto el Sepultado del Calvario lo han visto "deslizarse entre las nubes" los viernes de cuaresma por El Amate, y el barrio de Santa Cecilia.

También por La Recolectión aparece San Celestino, bandido bueno "que cuida las tiendas y las tortillerías del barrio"; famosas son las lágrimas de Jesús de las Misericordias, que consuela las penas de sus devotos dejando caer espinas de su corona en sus manos. Por La Floresta, en el norte de la ciudad, se ve caminar el ocho de diciembre a "una señora muy hermosa y luminosa", que todos reconocen como la Virgen de Concepción.

Las leyendas de bandidos mágicos abundan en el Cerrito del Carmen, La Parroquia Vieja, La Candelaria y San José. Así se cuenta que el bandido Pie de Lana, "que robaba a los ricos para darle a los pobres", vivía al pie del cerrito y Tukurú, uno de los bandidos más famosos de la urbe, "se vistió con la túnica de Jesús de los Milagros y así fue apresado por la guardia de los indios jocotecos en la época colonial". Esta ciudad cree y convive con los espantos a cada instante, tan es así, en El Cerro

del Carmen se colocó una Cruz de Caravaca, en los primeros tiempos de la noble ciudad, "para ahuyentar a los espantos que tanto abundaban en aquesta urbe", como dice el documento real.

Otro tipo de literatura oral abunda en la ciudad, como los cuentos maravillosos, los de Tío Conejo y Tío Coyote, el Ahijado de la Muerte, La Flor de Aguilar, de Los compadres Pobres y Ricos, Blanca Flor y Rosa Flor, el Canto del Guarda Caminos y cuentos de Pedro Urdemales, que compiten en vigencia y abundancia con los de Don Chevo y Quevedo.

Estas mismas leyendas, las escuchó en su época infantil, el escritor Miguel Angel Asturias, Premio Nobel de Literatura (1967), por el Barrio de Candelaria, las que luego transformó en su magistral libro Leyendas de Guatemala hacía 1930.

1.2 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Antecedentes históricos

Desde su vuelta a Guatemala, Guillermo Arreaga decidió comenzar a trabajar por las personas más necesitadas de la tercera edad, apoyando con sus propios recursos a este sector marginado de la población y siempre con la ilusión de formar una entidad que los beneficiara. Así nace SENILIA.

Nace un sueño

El 1 de abril del 2008 luego de más de doce meses de planificación y apoyado por un entusiasta grupo de colaboradores, Guillermo ve su sueño convertido en una realidad. SENILIA abre sus puertas.

Quiénes son

ASOCIACIÓN CENTRO DE CUIDADOS INTEGRALES SENILIA, ubicado en 33 ave. "A" 7-44 zona 7 Colonia Tikal 2, Ciudad de Guatemala, C.A., es un grupo de profesionales jóvenes cuya inquietud es atender y ayudar al adulto mayor.

La Asociación SENILIA, tiene como objetivo fundamental trabajar para los adultos mayores más necesitados de Guatemala. Brinda a los jóvenes y adultos guatemaltecos la oportunidad de involucrarse en la atención y el cuidado de los adultos mayores por medio de programas de voluntariado, esto con el fin de lograr que todos tomen conciencia de las necesidades actuales de los adultos mayores y de esta manera, contribuir a que la sociedad guatemalteca, se sensibilice sobre la realidad del abandono de las personas de tercera edad en el país.

Visión

Ser una entidad líder en el mundo de la beneficencia dirigida a los adultos mayores en situación de pobreza y extrema pobreza.

Misión

Brindar una atención integral a los pacientes institucionalizados, gestionar programas de ayuda para pacientes ambulatorios y convertirse en una solución para las necesidades de los adultos mayores guatemaltecos sin protección ni ayuda.

Valores

- Amor
- Caridad
- Compasión
- Espíritu de servicio
- Bondad
- Respeto

Programas de trabajo

Vivienda

Dentro de la sede de Senilia existe un hogar de adultos que auxilia a personas en condiciones de pobreza o extrema pobreza. Adultos mayores que cuentan con familiares o que se encuentran solos en este mundo.

Brinda albergue a personas de la tercera edad con capacidades diferentes físicas, psicológicas o sociales en condiciones de abandono o que por alguna razón si tienen familias, éstas últimas ya no pueden atenderles correctamente en sus hogares debido a las necesidades que presentan. El mismo brinda diariamente alimentación, medicamentos, pañales, atención médica y de enfermería, recreación, Terapia Ocupacional, etc. A los adultos mayores que se encuentran residentes en el centro. Se atiende un promedio de veinte pacientes por mes.

Salud

Atención médica general para los pacientes institucionalizados y también para los pacientes ambulatorios que necesitan consulta médica así como medicamentos sin costo de acuerdo a la disponibilidad.

Terapia Ocupacional

Programa de EPS en coordinación con la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC, previene lesiones por inmovilidad en los pacientes internos, favorece la coordinación motriz fina y gruesa, desarrolla destrezas manuales y mantiene movilidad articular de los pacientes.

Voluntariado

Promueve el involucramiento de los participantes en los cuidados integrales de los pacientes. Orientado principalmente a jóvenes para crear una conciencia en ellos de los cambios que se suceden en las diferentes etapas de la vida y de la situación socio-económica de los adultos mayores en abandono.

Programa de Educación a la juventud

A través de charlas educativas que se imparten directamente en los centros de estudios y en la sede de la asociación, se busca concientizar, educar, motivar y crear un acercamiento entre estos grupos etarios. Si desea que lleguemos a su centro de estudio, favor comunicarse a la asociación para más información

Atención al paciente ambulatorio

Brinda ayuda mensual en especie (Medicamentos, víveres, insumos de limpieza, etc.) para aquellos pacientes que aún son autovalentes y poseen una vivienda o un grupo familiar que les apoya en condiciones de pobreza.

1.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

La población que fue atendida durante todo el Ejercicio Técnico Supervisado durante el ciclo 2012, eran personas de la tercera edad, entendiéndose como personas de la tercera edad a mayores de 65 años, eran personas con características como el no tener ninguna persona que pudiera velar por su bienestar, se atendían personas de ambos géneros, de etnia ladina e indígena, nivel de escolaridad únicamente hasta primaria, también se atendían a pacientes con discapacidades físicas; en cuanto al nivel económico la mayoría de los pacientes eran de recursos bajos que en muchos de los casos eran abandonados por sus familias y no poseían ningún recurso económico para subsistir.

1.4 PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS

Fueron muchos los problemas encontrados, pero se presentan los problemas que conciernen al área del Ejercicio Técnico Supervisado.

Se observó la falta de práctica de todas las actividades de vida diaria básicas e instrumentales, aquellas tareas que el ser humano realiza de una forma cotidiana, y cuya no realización supone mayor o menor grado de discapacidad o pérdida de función, lo que le llevaba a dependencia de terceras personas, por ende actividades vitales para la buena higiene diaria no eran realizadas, por esto mismo es que muchas veces los pacientes despedían mal olor corporal, por la misma falta de higiene, presentaban de igual forma una dentadura sucia, que a largo plazo esto llevaba a la institución a incurrir en gastos de dentistas, gastos que pudieron ser evitados si se llevaba una correcta higiene bucal diaria.

Pasando al mantenimiento del hogar, se puede decir que únicamente había una enfermera de turno que era la encargada de cocinar, cuidar y realizar todo el aseo necesario para mantener el hogar en orden, se pudo ver que ciertos pacientes estaban en la capacidad de ayudar a algunas actividades de vida diaria instrumentales de bajo impacto.

Había poca actividad física en los adultos mayores, tanto en adultos mayores con limitaciones físicas, como sin estas, esto llevaba a que el paciente perdiera tono y fuerza muscular, provocando pérdida de muchas habilidades motoras gruesas y finas, como el que pudieran caminar por sí solo, impidiendo la realización normal de sus actividades de vida diaria y que causaba la dependencia total de segundas personas.

Se agrega que había una total falta de aprovechamiento del tiempo de los adultos mayores y no se observaban actividades de ocio y recreación, actividades necesarias para mantener el equilibrio diario.

Los adultos mayores veían televisión la mayor parte del día, actividad poco productiva que les causaba el deterioro físico y mental, también se observó que existía pérdida casi total de las habilidades sociales de los adultos mayores, no se comunicaban entre ellos, y si lo hacían era para pelearse por cosas como la comida, no se observaba ni apoyo ni solidaridad entre compañeros, se veía de igual forma una pérdida del sentido de la existencia.

CAPÍTULO II REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 ABORDAMIENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Geriatría y Gerontología Conceptos

La geriatría y gerontología son dos ciencias relativamente jóvenes que nacen a inicios del siglo XX a raíz del incremento progresivo del envejecimiento de la población. Estudian todos los aspectos relacionados con la persona mayor, aunque es importante distinguir los aspectos que engloba y aporta cada una de ellas.

La geriatría, etimológicamente del griego *geros*: anciano y *iatrikos*: tratamiento, es una especialidad dentro de la medicina que estudia aspectos clínicos, preventivos y terapéuticos del anciano sano y enfermo, aportando conocimientos sobre la salud y las principales enfermedades que afectan a las personas en esta etapa de la vida.

La gerontología etimológicamente del griego *geros*: anciano y *logos*: estudio, es una ciencia multidisciplinar que se nutre de otras disciplinas como las ciencias médicas, biológicas, psicológicas, sociales, económicas y humanísticas. Su objetivo es comprender los factores implicados en el proceso de envejecimiento con el fin de promover actuaciones dirigidas a la mejora de la calidad de vida y a un envejecimiento activo de las personas mayores. Se puede decir, pues, que la geriatría es una parte de la gerontología, o también que la gerontología engloba la parte más amplia del estudio del envejecimiento.

Cabe mencionar que España es el país fundador de la Asociación Internacional de Gerontología, como órgano oficial de esta sociedad. El

Plan Gerontológico se aprobó en 1992 y desde entonces ha sido el marco director de las políticas sociales que ha servido de referencia a planes autonómicos para personas mayores en todo el mundo.

Las propuestas por parte de la OMS en relación con el envejecimiento se dirigen no tan sólo a evitar las enfermedades, sino también a proteger y promover la salud física, mental y social de las personas. Por tal razón, en sus programas la OMS incorpora un enfoque conceptual sobre la promoción de un envejecimiento activo y saludable.

Por todo esto se afirma que, el cambio en los estilos de vida, trabajo y ocio afecta de forma muy significativa a la salud. Por ello, el objetivo principal del cuidado de las personas mayores se dirige a apoyar dichos cambios cuando sea necesario y capacitarlas en todos los niveles que sea posible con el fin de que participen activamente en su vida diaria y en el cuidado de su salud. Esto implica una reorientación sanitaria, de forma que esta trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Esta nueva orientación tiene que ser sensible también a las necesidades de personas como miembros activos de una comunidad, como un planteamiento holístico y ecológico de la vida. Asimismo, este nuevo modelo de práctica debe ser adecuado para prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas, a menudo discapacitantes, con el fin de mantener también a la persona dentro de su entorno familiar y/o comunitario.

La nueva propuesta se encamina a promover el envejecimiento activo, el cual depende de los diversos conjuntos de determinantes e influencias que rodean a las personas, a las familias y a las comunidades. Resumiendo, se podría decir que los principales determinantes que inciden en el envejecimiento activo son: la cultura, el género, el entorno físico y social, los sistemas sanitarios y los

servicios sociales, los condicionantes conductuales y económicos y, por último, todos aquellos relacionados con los factores personales.

Gerontología en Guatemala

En Guatemala se ha desarrollado la gerontología pero no ha sido tan masivamente como en países como en España, se puede decir entonces que la asistencia gerontológica se inició en Guatemala en el gobierno del general Jorge Ubico, inaugurando el primer "Asilo de Ancianos" el 1 de noviembre de 1934 aprobando su reglamento el 25 de abril de 1940. Luego, en 1955, se fundó el Patronato para Ancianos, que luchaba por establecer otros centros similares en todo el país, emprender campañas a favor de la ancianidad, además de mejorar las condiciones del único asilo existente.

Entre 1956 y 1957, Guatemala presentó un trabajo sobre la asistencia geriátrica al Primer Congreso Panamericano de Gerontología y al VII Congreso Médico Americano.

Para 1958 existían ya cuatro asilos de ancianos, tres de ellos auspiciados por asociaciones y patronatos independientes. Actualmente, se ha puesto mucho énfasis en el ámbito internacional al tema de la vejez, incluyendo que en 1999 fue el año internacional del adulto mayor. Por ello. Existen ya más instituciones que se encargan de la promoción del cuidado de ancianos a escala nacional, en su mayoría privadas.

Según registros proporcionados por la Oficina de la Procuraduría General de la Nación en su sección de la ancianidad, existen actualmente 4 instituciones que legalmente brindan protección, promoción y apoyo a la vejez:

- Comité Nacional para la Protección de la Vejez (CONAPROV).

- Consejo Nacional para la Protección de Personas de la Tercera Edad.
- Procuraduría de la Ancianidad, adscrita a la Procuraduría General de la Nación.
- Procuraduría de los Derechos Humanos con su oficina de Discapacitados y Tercera Edad.

Qué Significa Adulto Mayor y la Vejez

La bibliografía gerontológica enfoca los problemas del envejecimiento desde varios puntos de vista; la perspectiva desarrollista se ha concentrado en los cambios biológicos y psicológicos relacionados con el envejecimiento; el enfoque institucional ha hecho hincapié en la posición socioeconómica y en los papeles desempeñados por los ancianos, y la perspectiva cultural enfoca los estereotipos y percepciones de la gente de edad avanzada.

También ocurre que algunos de estos enfoques muestran la tendencia a confundir a los "ancianos" como grupo de edad o como una clase social, con el envejecimiento como proceso. Se han realizado muy pocos esfuerzos para integrar estos diferentes puntos de vista, o para interpretarlos como procesos interrelacionados a lo largo del curso de la vida.

La edad y el envejecimiento se relacionan con fenómenos biológicos, pero los significados de ambos son determinados por la sociedad y la cultura. La "edad social" es un concepto relativo, que varía de acuerdo con los diferentes contextos culturales. Al tratar de comprender las condiciones sociales que afectan la adultez y la vejez, es importante que se comprenda que las definiciones del envejecimiento, como también las condiciones y funciones sociales de cada grupo de edad no sólo han cambiado significativamente con el transcurso del tiempo, sino que además varían en las distintas culturas.

La vejez es una etapa de la vida que termina, indudablemente, con la muerte, pero cuyo comienzo, características y condiciones, no están claras. Es cierto que la vejez está asociada a la edad, pero no es igual a ésta y, además, no existe una edad concreta en la que se comience a ser viejo. En realidad, se dice que una persona es "vieja" cuando se aprecia en ella una serie de características físicas (pelo cano, arrugas, lentitud), psicológicas (falta de energía vital, de entusiasmo) y social (conservadurismo, falta de implicación y de liderazgo).

Existen personas muy jóvenes que llaman "viejas", así como existen personas mayores que se presentan con actitudes "no viejas", o con apariencia "juvenil". Ello expresa que, en nuestra sociedad, ser viejo no está valorado positivamente, mientras que el ser joven sí lo está, debido a que la edad no es un criterio adecuado para imputar la condición de viejo a una persona, los científicos han tratado de encontrar medidas de lo que se ha llamado edad funcional.

Este concepto implica el funcionamiento del organismo desde una perspectiva biológica, psicológica y social, cómo funciona el corazón, las arterias, cómo están los músculos, nuestros tejidos, cómo se razona, siente y se emociona, cómo se relaciona con los demás y cómo siguen implicados con la vida y con la gente, serían algunos de los factores a través de los cuales podría medirse cuan viejos son. Sin embargo, a pesar que los científicos no se han puesto de acuerdo en cuales son los parámetros definitorios de lo que podría considerarse un viejo, sí podíamos medir, de alguna forma, nuestro funcionamiento cardiovascular, cutáneo, vestibular o cognitivo. Lo que sí está claro es que las personas envejecen de distintas maneras, por lo que dos personas de 60 años, no van a envejecer en ninguna sentido, de la misma forma.

Efectos del Envejecimiento Humano

Se materializa en pérdida de flexibilidad de ciertos tejidos y decaimiento de la función de los órganos, todavía se desconoce la causa biológica que subyace a estas alteraciones. El proceso del envejecimiento humano debe ser considerado también en el contexto de sociedades complejas sujetas a grandes variaciones. La forma en la que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influida por las circunstancias sociales y el ambiente individual.

En consecuencia, el envejecimiento se contempla cada vez más como un proceso que incluye aspectos culturales y psicosociales. Además, en lugar de limitarse exclusivamente a la etapa de la vejez, su estudio se está extendiendo a todo el período vital.

El conocimiento adquirido a través de los estudios sociológicos y del comportamiento, está contribuyendo a disipar algunos de los mitos establecidos acerca del carácter inevitable del proceso del envejecimiento. Un ejemplo es la creencia de que la inteligencia alcanza su nivel máximo en la adolescencia, deteriorándose a partir de entonces; otro es el que se refiere al inicio del descenso irreversible de la actividad sexual en la mitad de la vida, y sin embargo, actualmente se sabe que ésta se mantiene incluso durante los últimos años. Puesto que el proceso del envejecimiento no es inalterable, los estudiosos del comportamiento están buscando formas que puedan modificarlo. Por ejemplo, se han encontrado ciertas técnicas de ayuda para evitar la pérdida de memoria a corto plazo que experimentan algunos ancianos. Se ha establecido un sistema de ayuda en el hogar como medida para favorecer la vida independiente de los pacientes, consiguiendo en ellos niveles de actividad superiores, incluso en algunos casos que se consideraban irrecuperables.

También se ha comprobado que los problemas nutricionales derivados de la disminución de los sentidos del gusto y el olfato, son fácilmente resueltos con simples cambios en la condimentación de los alimentos; además, están siendo perfeccionados los medios técnicos que permitan aliviar los problemas visuales y auditivos de la vejez.

Tipos de Vejez

Basándose en la diversidad del fenómeno del envejecimiento, se podría señalar que existe una vejez normal, una patológica y una saludable, también llamada competente, satisfactoria o activa.

- **Vejez Normal:** Es aquella que cursa con los estándares correspondientes a un determinado contexto. En otras palabras, un "viejo normal" sería aquel que presente la "media" de los parámetros correspondientes al funcionamiento biológico, psicológico y social. Tendría una presión sanguínea "X", un ritmo cardíaco "Y", y un funcionamiento de la memoria "Z". Desde luego, la vejez "normal", es algo abstracto, ya que el conjunto de parámetros llamados "normales", no es probable que se dé en ningún individuo.
- **Vejez Patológica:** Es aquella que cursa con enfermedad, si algo está claro en las ciencias del envejecimiento, es que vejez no es igual a enfermedad, aunque si es cierto que a mayor edad existe mayor probabilidad de enfermar. Las personas de más edad, en comparación con las más jóvenes, tienen más enfermedades, esencialmente crónicas, suelen ir más veces al médico, toman más fármacos y, en comparación con los más "jóvenes", tienen dificultades para cuidar de sí mismos. La mayor parte de los programas llamados "para la tercera edad", se dirigen, con todo acierto, a la vejez patológica.

- **Vejez Satisfactoria:** Se define como aquella que se cursa con una baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada a dicha enfermedad, un alto funcionamiento cognitivo, funcionamiento físico funcional y un alto compromiso con la vida y con la sociedad.
- **Senectud y Vejez:** La senectud es un período que va desde el momento en que un organismo cesa de reproducirse, hasta que muere. El ser humano senil tiene mala vista, articulaciones esclerosadas, corazones infartados, glándulas atrofiadas, dientes y colmillos estropeados, sistemas inmunitarios que ya no pueden evitar que los microorganismos invadan las excoriaciones de su piel, las conjuntivas de sus ojos, sus fosas nasales o sus pulmones e infecciones graves; al envejecer, el humano padece estos inconvenientes en su organismo y va sufriendo los impactos psicológicos correspondientes.

Fundamentos Teóricos de la Terapia Ocupacional. La Ocupación en la Vejez

La Ocupación en la Vejez

El colectivo de las personas mayores es una parte de la población especialmente sensible a la disfunción ocupacional. Esta pérdida en la capacidad para desempeñar ocupaciones en la persona anciana, presenta algunas particularidades que las distingue de otras etapas vitales. En primer lugar, el proceso de envejecimiento conlleva, a su vez, a la aparición de una fragilidad ocasionada por la disminución de la reserva fisiológica del organismo y los cambios en los sistemas anatomofisiológicos, que es suficiente para provocar un principio de deterioro funcional, que si progresa lleva a la persona a una situación de vulnerabilidad que requiere la utilización de servicios socio

sanitarios. Si estas necesidades no son cubiertas, se produce la dependencia, que, más tarde, puede llevar a la institucionalización y, finalmente, al fallecimiento.

Es el propio envejecimiento natural el que produce las primeras consecuencias funcionales en la vida del anciano. Existe una mayor facilidad para enfermar que en otros grupos de edad y, por tanto, mayor probabilidad para afectar o deteriorar el desarrollo de ocupaciones de algún modo.

Consecuencia de esta vulnerabilidad a la enfermedad, surge muy habitualmente un grupo de actitudes por parte de los cuidadores principales, familiares e incluso profesionales, que englobaríamos como la tendencia a la sobreprotección que limita la participación del paciente anciano en su habitual dinámica de actividades diarias.

Otro aspecto llamativo y que señala la vejez como grupo especialmente susceptible de presentar problemas para desempeñar ocupaciones es el de las consecuencias del desarrollo y mejora de la atención socio sanitaria en los países desarrollados, que ha reducido la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida pero que, sin embargo, ha incrementado la discapacidad en los sectores de población más envejecidos.

La jubilación es también un aspecto psicosocial que repercute en el desempeño vital de ocupaciones de aquellas personas que han desarrollado a lo largo de su vida un ejercicio laboral. Se trata de un cambio de ciclo en el que surge una nueva organización del tiempo, modificación de hábitos y cambio de roles en los que se disminuyen en múltiples ocasiones las relaciones sociales, aparece de manera frecuente una pérdida de identificación personal y una reestructuración de las relaciones familiares.

También muy frecuente en la persona mayor, es la tendencia al aislamiento social y a la soledad, debido a pérdidas de contactos sociales, independencia de los hijos, muerte del cónyuge, hechos que ocasionan una pérdida o cambio de roles y que modifican el desempeño de ocupaciones.

Sobre otra área de desempeño ocupacional, el ocio y / o tiempo libre, hay que destacar otros aspectos que los diferencia notablemente con otros grupos de edad. Las personas mayores han crecido en un ambiente en el que el trabajo era el único medio y fin de sus vidas. Han crecido utilizando su tiempo sin planteamientos, este estilo de vida ha delimitado su realidad y en la vejez se encuentran sin habilidades para utilizarlo

.

Para las personas de 65 y más años, el tiempo libre es una cuestión menos importante en sus vidas que para el resto, sin embargo son los que más disponen de él. El grupo de los mayores es el que en menor porcentaje valora el tiempo libre como muy importante, siendo la media de 7,28, la cifra más baja de todos los tramos de edad.

Un aspecto especialmente reseñable y que se refleja en todas las actividades recogidas bajo el epígrafe de ocio y tiempo libre es el bajo índice de participación. Las personas para las que el ocio tiene una menor importancia son las mujeres, los octogenarios y las personas en situación de dependencia.

Clasificación de Áreas Ocupacionales y Aplicaciones Prácticas

Actividades de la Vida Diaria

La repercusión que la enfermedad y la discapacidad pueden causar en el quehacer cotidiano de las personas es uno de los objetivos centrales de la Terapia Ocupacional. Desde sus inicios a principios de siglo hasta la actualidad, la clasificación, evaluación y tratamiento de las actividades de la vida diaria ha sido el eje central de la profesión.

Aunque hubo aproximaciones anteriores por Deaver y Zimmerman al concepto de actividades de la vida diaria, fue en el año 1978 cuando la Asociación Americana de Terapia Ocupacional elaboró la primera definición de actividades de la vida diaria como aquellos "*componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio*".

A partir de esta primera definición el término de actividades de la vida diaria ha sido, y es en este momento, objeto de numerosas investigaciones con el fin de conseguir una clasificación pormenorizada y consonante con el momento social y cultural.

La segunda edición del Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional de la *American Occupational Therapy Association* (AOTA) define las actividades de la vida diaria como *las actividades encaminadas al cuidado de nuestro cuerpo y que se encuentran relacionadas con la supervivencia del individuo*. También pueden denominarse Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) o Actividades Personales de la Vida Diaria (APVD).

Esta área ocupacional comprende las actividades de baño y ducha, vestido, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de las ayudas técnicas personales, higiene personal y aseo, dormir y descanso e higiene del inodoro.

El ámbito hospitalario, el domiciliario y el residencial son los contextos más habituales en los que el terapeuta ocupacional trabaja para frenar la pérdida de capacidades en el desempeño de estas actividades. Numerosos son los estudios que demuestran la pérdida de independencia en las ABVD que tiene lugar en las personas mayores durante un ingreso hospitalario.

A continuación se analizan cada una de las actividades básicas de la vida diaria y la contribución del terapeuta ocupacional para promover la autonomía en el desempeño y evitar la pérdida funcional.

- Baño y Ducha

En esta actividad, el terapeuta ocupacional identifica cómo la persona mayor toma y usa los objetos con dicho fin: cómo se enjabona y cómo se seca las partes del cuerpo. También observará cómo mantiene la posición durante el baño o ducha y la realización de transferencias a cada una de las superficies que sean necesarias.

El terapeuta ocupacional puede ayudar a la persona mayor a seleccionar correctamente los objetos y materiales que debe utilizar (tales como gel, champú, esponja, mango de la ducha, etc.), teniendo en cuenta los hábitos previos del paciente. Asimismo, puede dotar de destrezas mediante el uso de estrategias y la propuesta de otros dispositivos externos para la independencia durante el baño o la ducha.

- Higiene Personal y Aseo

La actividad de higiene personal y aseo es complementaria a la actividad de baño. Su frecuencia diaria es mayor que la del baño y está más relacionada con la apariencia externa. Requiere movimientos más finos y precisos a nivel de miembros superiores y demanda la utilización de más objetos que los utilizados en el baño.

La actividad de aseo incluye coger y usar los objetos para llevar a cabo el aseo; afeitado (utilización de cuchillas, pinzas, lociones, etc.); aplicar y limpiar productos cosméticos; lavar, secar, combinar, estilizar, cepillar y adornarse el pelo; cuidado de las uñas (de las manos y los pies); cuidado de la piel, orejas, ojos y nariz; aplicación de desodorante; limpieza de la boca; cepillado y seda dental; colocar y limpiar órtesis y prótesis dentales.

En Terapia Ocupacional se puede ayudar a la persona para identificar las necesidades de aseo, proporcionar información y entrenamiento sobre las técnicas más adecuadas para realizar la actividad de forma independiente y segura.

- Higiene del Inodoro

La higiene del inodoro incluye coger y usar objetos para este fin; mantenimiento de la posición del inodoro, transferirse hacia y desde la posición del inodoro; limpiarse el cuerpo; cuidado de las necesidades urinarias (incluyendo catéteres, colostomías y colocación de supositorios).

En el departamento de Terapia Ocupacional se valora la existencia de limitaciones en los componentes neuromuscular y cognitivo que puedan dificultar una correcta higiene del inodoro. Posteriormente a esta exploración, la intervención ocupacional se basará fundamentalmente en el entrenamiento funcional para el mantenimiento del equilibrio y la transferencia al inodoro, alcanzar la amplitud articular suficiente para el manejo de objetos y limpieza higiénica y la práctica motriz en el manejo de colostomías y catéteres si fuera necesaria.

- Vestido

Esta actividad personal de la vida diaria hace referencia a la capacidad de la persona mayor para seleccionar la ropa y los accesorios

apropiados para el momento del día en el que se encuentra, el clima y la ocasión. Incluye también que la persona mayor obtenga ropa en una tienda, realice la acción de vestirse y desvestirse de manera secuencial, se abroche, ajuste la ropa y zapatos; se ponga o quite los dispositivos personales, prótesis u órtesis.

Desde la Terapia Ocupacional se valora qué componentes (sensoriomotores, cognitivos o ambientales) de procesamiento y comunicativos se encuentran afectados en el paciente y le impiden realizar con éxito la actividad del vestido. Es necesario, tras una exploración adecuada, una intervención correcta para recuperar los componentes afectados, ya sean sensoriomotores (coordinación, fuerza muscular, sensibilidad, rango articular, entre otros), cognitivos (memoria, praxia, orientación, atención, etc.) o psicosociales (autocontrol, intereses, manejo del tiempo). De no ser posible su recuperación, el terapeuta ocupacional optaría por enseñar estrategias compensatorias para paliar dicho déficit y que la persona continúe manteniendo la independencia.

- Comer

En el contexto de esta actividad, el terapeuta ocupacional valora e interviene en la habilidad que tiene la persona mayor para mantener y manipular comida, el líquido en la boca y tragarlo posteriormente.

La disfagia es un trastorno frecuente en la población anciana. Esta alteración de la deglución está presente entre el 50 y el 65% de los pacientes ancianos institucionalizados, siendo más frecuente en personas mayores con patología neurodegenerativa y oncológica. El envejecimiento de las estructuras implicadas en el proceso deglutorio favorece la aparición de disfagia en el paciente anciano: atrofia del hueso alveolar por dentadura mal adaptada, disminución de la coordinación en la faringe, problemas de salivación, enlentecimiento de

reflejos y control neurológico del acto de la deglución. Enfermedades como demencia, Parkinson, Accidente Cerebro Vascular –ACV-, etc., pueden causar una dificultad para esta actividad de comer.

Alimentación

En la clasificación de las actividades de la vida diaria que nos ocupa, la actividad de comer se distingue de la actividad de alimentación. La actividad de *alimentación* contempla la manipulación de la comida en el interior de la cavidad bucal, mientras que la actividad de *comer* se refiere al proceso de llevar la comida a la boca (ya sean sólidos o líquidos), desde el plato o la taza a la boca y viceversa.

En la actividad de comer, el terapeuta ocupacional valora el grado de repercusión que tiene la patología o el proceso de envejecimiento en la ejecución de dicha tarea. Se enseña al paciente mediante estrategias o el uso de ayudas externas, cómo realizar la actividad con éxito y sin ayuda de una tercera persona. En caso de que, por las características de la persona o su patología, ésta independencia total no fuese posible, el terapeuta ocupacional transmitirá al cuidador principal la mejor manera de realizarlo para que al menos la persona colabore en dicha actividad, controlando una buena postura del cuerpo en todo momento.

Muchos son los ancianos que no pueden realizar algunas de las tareas que componen la AVD de la alimentación. Entre ellas se encuentran: cortar con el cuchillo y tenedor, pelar fruta, llevar una cuchara con sopa u otro líquido o semilíquido sin que se derrame por el camino, echar agua desde la jarra al vaso, etc.

- Movilidad Funcional

La movilidad funcional es una de las actividades de la vida diaria más valorada por las personas mayores con algún grado de dependencia, ya que su consecución es necesaria para llevar a cabo el resto de

actividades diarias. Esta actividad incluye moverse de una posición a otra (durante el desempeño de cualquier actividad), tal como la movilidad en cama, cambios funcionales, movilidad en silla de ruedas, transferencias, deambulaci3n y transporte de objetos.

En esta actividad, el terapeuta valora la capacidad de la persona mayor para mantener una postura determinada (ya sea tumbado, en sedestaci3n o bipedestaci3n) y la habilidad para cambiar esta postura hacia otra deseada. El paso de una postura puede ser un cambio dif3cil cuando las destrezas sensoriomotoras se ven mermadas o se han perdido a causa de una enfermedad.

Actividades de Vida Diaria Instrumentales

Las actividades instrumentales de la vida diaria son aquellas actividades orientadas a la interacci3n con el medio, son a menudo complejas y generalmente opcionales para hacer (se pueden delegar en otros).

La Terapia Ocupacional contempla diez actividades dentro de este 3rea ocupacional: cuidado de otros, cuidar de los nietos, uso de sistemas de comunicaci3n, movilidad en la comunidad, manejo de temas financieros, cuidado de salud y manutenci3n, crear y mantener un hogar, preparaci3n de la comida y limpieza, ir de compras. Se van a definir las implementadas en el hogar para el adulto mayor Senilia seg3n la clasificaci3n de *American Occupational Therapy Association* (AOTA) 2008.

La evaluaci3n de las distintas actividades instrumentales de la vida diaria se realiza a trav3s de diversas escalas estandarizadas con el fin de cuantificar el grado de competencia y capacidad en el desempe1o de cada actividad. Los resultados obtenidos en la escala permiten transmitir una informaci3n uniforme al emplear un lenguaje com3n para todos los profesionales.

- Cuidado de Salud y Manutención

Esta actividad se refiere al desarrollo, mantenimiento y control de rutinas para la salud y la promoción del bienestar (salud física, nutrición, disminución de las conductas de riesgo para la salud y rutinas de medicación).

Las personas mayores suelen encontrar serios problemas para manejar adecuadamente la medicación, puesto que en muchas ocasiones se encuentran con gran número de fármacos y complejos de manejar.

La intervención se centra en proporcionar información de la utilidad de los medicamentos y dotar de ayudas técnicas para mejorar su administración.

- Preparación de la Comida y Limpieza

La preparación de la comida y limpieza incluye planificación, preparación, servir comidas equilibradas y nutritivas y limpieza de los utensilios después de las comidas.

Un gran número de personas mayores tienen dificultades para planificar y desarrollar un menú equilibrado y ajustado a sus necesidades, y presentan problemas musculares u osteoarticulares que le limitan la actividad.

El terapeuta ocupacional valora el desarrollo de la actividad proporcionando ayudas técnicas, pautas de higiene postural, de economía articular y los conocimientos adecuados para desarrollar menús adecuados a sus necesidades.

Área de Participación Social

El área ocupacional de participación social está conformada y orientada hacia todas aquellas actividades asociadas a patrones de conducta, característicos y esperados en una interacción individual o colectiva con otros dentro de un sistema social dado.

La participación social y la educación de las personas mayores, es un eje central del paradigma envejecimiento activo y es aquí donde se descubren y palpitan, saliendo a flote, las desigualdades sociales y las diferencias entre los individuos.

La jubilación por edad (65 a.), conlleva un período de crisis vital y personal ya que implica un nuevo rol en la vida de una persona. Aquellas personas con elevados niveles de autoestima y menor estrés ante los cambios, conjuntamente con la salud, seguridad e independencia funcional; definen y conceptualizan el envejecimiento pleno con un alto nivel de satisfacción vital, disminuyendo la utilización de los Servicios de Salud y asistencia social especializada.

Está comprobado por estudios recientes que el participar de manera activa en la comunidad, el entorno y la familia, proporciona un envejecimiento con un alto nivel de satisfacción vital, generando una mejor adaptación social. El sentirse activo, productivo, útil e implicado socialmente en la comunidad de pertenencia, es claro indicador de la calidad de vida global de las personas mayores. El estar activo ofrece un resultado positivo y satisfactorio: tener salud, relaciones sociales, independencia y autonomía.

Teniendo la Terapia Ocupacional un compromiso continuado con la actividad con propósito a lo largo de todo el ciclo vital de la persona puede contribuir, de forma preventiva, en unión de otros profesionales, a la satisfacción vital de la persona mayor, difundiendo y promoviendo

actitudes y comportamientos positivos para afrontar la etapa que nos ocupa. Asimismo, promover el cambio de estereotipos sociales, en torno a la vejez, por los mismos mayores y estimulando una mayor participación social en la comunidad.

Área de Juego

En Terapia Ocupacional se considera esta área como cualquier actividad que puede surgir de manera espontánea o no y que provoca sensaciones de disfrute, entretenimiento, diversión y pasatiempo para la persona mayor que la realiza.

Dos actividades se contemplan dentro de esta área ocupacional: explorar el juego y participar en el mismo.

Área de Ocio y Tiempo Libre

Características del Tiempo de Ocio en las Personas Mayores

En Terapia Ocupacional, las actividades de ocio y tiempo libre y esparcimiento son consideradas como una de las siete áreas de ejecución humana (Actividades Básicas de la Vida Diaria "ABVD", Actividades Instrumentales de la Vida Diaria "AIVD", educación, trabajo, juego, tiempo libre y participación social).

La segunda edición del Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional de la *American Occupational Therapy Association* se refiere al tiempo libre como: una actividad no obligatoria elegida voluntariamente y desempeñada durante un tiempo que no entre en conflicto con la dedicación a ocupaciones obligatorias, como trabajar, el cuidado personal o dormir.

Siguiendo a Romero Ayuso, el ocio es entendido como el tiempo libre de responsabilidades familiares y sociales, actividades de cuidado personal y trabajo. Está caracterizado por un sentimiento de libertad y autodesarrollo. La libertad de elección implica que hay algo que elegir, y que el individuo es capaz de hacer una elección. La elección y la

realización de una actividad de ocio están motivadas por la diversión y la satisfacción personal.

El tiempo libre hace referencia al tiempo no ocupado por el trabajo o cualquier otra obligación de carácter personal, familiar o social cuyo contenido está orientado hacia la satisfacción personal. Es importante destacar la gran cantidad de tiempo libre que tiene la población de las personas mayores ya que, al eliminar el área laboral, en los mayores de 65 años, debido a la jubilación, queda por tanto el tiempo de ocupación repartido en seis áreas ocupacionales: Actividades Básicas de la Vida Diaria "ABVD", Actividades Instrumentales de la Vida Diaria "AIVD", educación, juego, tiempo libre y participación social, disponiendo de más tiempo en cada una de ellas.

Parece ser que las personas mayores tienen tendencia a buscar formas de ocio más familiares, con una escasa afinidad por aquellas actividades que supongan una gran novedad y dificultad.

La mayor parte de las actividades van a estar vinculadas a la familia que, junto con la comunidad próxima (amigos y vecinos), se constituyen en los dos contextos de actividad principales. En este sentido, los hombres se suelen implicar en tareas que giran en torno al hogar (bricolaje, jardinería, cuidado de animales, etc.), así como a reunirse con sus amigos para charlar, jugar a juegos de mesa o, simplemente, pasar el tiempo en compañía. Las mujeres, una vez liberadas de las obligaciones de cuidado dentro de casa, suelen reforzar los vínculos con sus familiares próximos a través de las visitas y de la ayuda informal.

Gimnasia para la Tercera Edad

Al referirse a gimnasia indudablemente se hace a una actividad que ejecuta variados movimientos con el cuerpo, que persigue distintas

finalidades, pero también intenta influir sobre la actitud y la condición del practicante.

Se puede decir sobre los movimientos que se ejecutan en las clases de "Gimnasia para la 3ra edad" que están focalizados a lograr mayor movilidad articular, recuperar la tonicidad muscular, aumentar la elongación de los músculos fortalecidos, estimular la coordinación y la motricidad.

De esta manera el practicante vuelve a ser dueño de su cuerpo, permitiéndose ejecutar tareas abandonadas por inseguridad física. Y aquí ya se ingresa en el terreno de la actitud, porque los nuevos proyectos se elaboran a partir de esta situación de mayor seguridad corporal, que en la mayoría de los casos no es nueva, pero hacía tiempo que no se la tenía.

También integra el campo de la actitud, la forma de realización de la actividad, porque es grupal y esto reúne a varias personas con el alto objetivo de mantener su salud y mejorarla de ser posible. La mirada de los otros embarcados en la tarea común es valorada por el practicante y a la vez comienza a necesitarse, por eso es que cuando alguien se ausenta es requerido por sus compañeros. Así el practicante comprueba que se han establecido nuevos vínculos de compañerismo y hasta de amistad.

Se llega así a la condición del practicante, que reconoce su protagonismo en la transformación que opera. Ha dejado de ser paciente para ser practicante, en muchos casos han desaparecido dolores o molestias corporales (de las que siempre se quejaba) por falta de actividad, aumentando la tolerancia al dolor, porque a través del sacrificio que implican los esfuerzos durante las clases aprende a superarlo.

Por supuesto que una persona con esta nueva actitud y condición genera cambios en su grupo familiar, dado que se la ve más optimista, emprendedora y ocupada. Habla de temas diferentes porque tiene nuevas vivencias internas propias y comparte las de sus pares. Este espiral ascendente de entusiasmo y alegría no tiene techo, y está en cada uno alimentarlo, hacerlo crecer y elevarlo.

La Actividad Terapéutica Manual

La Terapia Ocupacional y Recreativa para realizar sus tratamientos se apoya en diferentes técnicas activas, para utilizar sus cualidades inherentes y proporcionar "ocupaciones dirigidas a metas", entre las que se pueden mencionar las Actividades Terapéuticas Manuales (A.T.M.)

La actividad terapéutica manual, son todas aquellas actividades que tienen como propósito mejorar el desempeño funcional, así como la prevención de la discapacidad mediante la participación activa en la ocupación del cliente.

Características de las ATM

- Estar dirigidas a una meta: las actividades deben tener algún propósito o razón para que su utilización se considere una actividad de Terapia Ocupacional.
- Tener significado en algún nivel para el cliente: la actividad debe tener alguna relación con los roles que el individuo desempeña en la sociedad.
- Requerir la participación del cliente en algún nivel (mental o físico).
- Ser un instrumento para la prevención de la disfunción y/o el mantenimiento o mejoramiento de la función y la calidad de vida.
- Reflejar la participación del cliente en tareas vitales (A.V.D., juego o trabajo).

- Relacionarse con los intereses del cliente: el compromiso con la tarea será obtenido sólo si los objetivos e intereses del cliente se consideran y satisfacen.
- Ser adaptable y graduable.
- Estar determinada por el juicio profesional del terapeuta ocupacional y basada en sus conocimientos. Se requiere el conocimiento del desarrollo humano, patologías médicas y psicológicas.

Dentro de los criterios que se debe de tener en cuenta en el análisis para satisfacer los requerimientos físicos son:

- Proporcionar acción más que posición: los movimientos requeridos, fuerza muscular, amplitud articular y fortalecimiento que la actividad pueda proporcionar.
- Requiere de repetición del movimiento, deberá permitir repetir el movimiento deseado por un número de veces indefinido pero controlable.
- Permitirla graduación del arco de movimiento, resistencia y coordinación

Se debe recordar que las propiedades psicosociales de las actividades son importantes para el tratamiento de todos los tipos de difusión. Las propiedades psicodinámicas que son primordiales en Terapia

Ocupacional en psiquiatría son:

- | | |
|---|------------------------|
| • Propiedad de los materiales | • Toma de decisiones |
| • Complejidad de la actividad | • Promedio de atención |
| • Estructura y control inherente (reglas) | • Interacción |
| • Predictibilidad de sus resultados | • Comunicación |
| • Tipos de aprendizaje | • Motivación |
| | • Tiempo |

Por lo que se puede resumir, que las actividades terapéuticas manuales son el centro del proceso de Terapia Ocupacional. El valor terapéutico de las actividades vitales se determinan por el análisis cuidadoso de las características extrínsecas e intrínsecas en combinación con el potencial de aquellas actividades que puedan proporcionar al cliente. La participación activa del cliente en la comprensión del propósito, selección y compromiso en la actividad es esencial y motivante.

La base del conocimiento del Terapeuta Ocupacional avala la síntesis de la actividad adecuada a las necesidades específicas del paciente, mediante el análisis de la actividad, la utilización de la actividad para la evaluación y tratamiento, la habilidad para proporcionar instrucciones adecuadas y la habilidad para adaptar la actividad y las instrucciones para adaptarse a las circunstancias.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida en general abarcando todas las esferas importantes en la vida de los pacientes del hogar para adulto mayor Senilia, a través de una adecuada intervención basada en la problemática presentada de los mismos, utilizando correctamente todas aquellas herramientas terapéuticas necesarias para lograr y observar un avance significativo en el paciente, para que el paciente sea lo más independientemente posible y recobrar el sentido de vida.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Subprograma de Servicio
 - Incrementar y fomentar frecuencia de la realización de actividades diarias básicas.
 - Proporcionar una herramienta de ocupación productiva para el paciente dentro del hogar.
 - Aumentar la frecuencia de actividad física de bajo impacto.
 - Lograr el aprovechamiento del tiempo de ocio de los adultos mayores en actividades productivas y saludables tanto en aspecto físico como psicológico.

- Subprograma de Docencia
 - Brindar al equipo de enfermeras del hogar información sobre la importancia de las actividades de vida diaria para la buena salud física de los pacientes.

- Subprograma de Investigación
 - Determinar cómo afecta el Alzheimer en la función de Actividades de Vida Diaria Básicas de un paciente de la tercera edad.

2.2.3 METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO

- **Subprograma de Servicio**

Tomando el aumento de frecuencia de las actividades de vida diaria se implementó un programa de las actividades de vida diaria en donde se realizaban y se apoyaba a cada paciente cuidadosamente para que realizara sus actividades de higiene personal de la forma más independiente posible, en esta estaban las actividades como bañado, cambiado, peinado, maquillaje en mujeres, cepillado, lavado de manos antes y después de las comidas, también en esto estaba incluida la supervisión de la alimentación de los pacientes de manera que lo realizaran lo más independiente posible y también la supervisión de que asistieran al sanitario, en todo esto se realizaron todas las adaptaciones necesarias para la realización correcta de las actividades anteriormente mencionadas

Para abordar el punto de proporcionar al paciente una ocupación productiva se habló con cada paciente de cuáles eran sus intereses, del cual se realizaron programas con distintos pacientes a quienes les gustaba colaborar con actividades en el hogar, abarcando acá las actividades de vida diaria instrumentales, en donde sí se asignaba una actividad al paciente se le explicaba antes en que iba a consistir de qué manera debía de realizarla para que fuera seguro para él y que se tomara el tiempo necesario, esto se trabajó con algunos pacientes quienes realizaban el lavado de su ropa, otros colaborando con limpiar frijol y legumbres para el almuerzo y con la mayoría de pacientes se trabajó el cuidado y mantenimiento de un pequeño jardín en donde se encontraba un guisquilar, pasado un tiempo se evaluaba si había alguna manera de agregar una dificultad a su ocupación y si se consideraba necesario variar la actividad o continuar con ella.

Pasando al punto de aumentar y mantener las actividades físicas, incluyendo tanto habilidades motoras finas como gruesas, para mantener el tono y fuerza muscular se implementó una gimnasia de bajo impacto que era realizada todos los días en donde se reunía al grupo completo y se daba la gimnasia general, realizando el conteo de las repeticiones de cada ejercicio y cuando se evaluaba que era necesario individual se realizaba ejercicios individuales brindándole apoyo al paciente, dándole énfasis a ciertas áreas diferentes días. En este programa se evaluaba la capacidad de cada paciente y se llevaba un ritmo individual en donde se proporcionaban descansos tras un cierto tiempo de ejercitación.

Pasando al punto de las habilidades motoras finas, se implementó en el horario de trabajo los proyectos de Actividades Terapéuticas Manuales en donde se realizaron muchas actividades con su debida planificación de la actividad, en donde se organizaba el espacio para su mejor realización, en el cual se les explicaba en qué consistía la actividad del día se les decía que materiales se utilizarían y de qué manera iban a ser utilizados, eran realizadas entre 3 a 4 días a la semana variando la actividad entre 1 o 2 semanas de trabajo que esto dependía del avance del adulto mayor en su actividad.

Para abordar el aprovechamiento del tiempo de ocio y socialización se implementó las recreaciones en donde se evaluaba si se realizaba solo una vez por semana o toda la semana y ciertos días festivos en donde se realizaban juegos grupales, y en días festivos una convivencia entre ellos y algunas personas externas, también se implementaron paseos terapéuticos al parque de la colonia de 2 o 3 pacientes de ser posible el apoyo de personas externas al hogar, en las actividades antes de iniciar se explicaba de que iba a tratar el juego o actividad se agrega el comentario de si existían dudas para resolverlas en ese instante, al final de cada actividad se buscaba llegar a una reflexión y que si alguien

tenía algo que expresar sobre la actividad era el espacio para realizarlo, para mejorar las dinámicas de las siguientes actividades.

- **Subprograma de Docencia**

Para abordar el punto de docencia, las inducciones eran proporcionadas a las enfermeras y algunas veces a algún directivo del hogar para el adulto mayor que son las responsables del cuidado de los adultos mayores, las pláticas eran realizadas muchas veces de manera informal que duraban de 30 a 60 minutos, se iniciaba siempre cuestionando a las personas si tenían conocimiento del tema a tratar pasando luego a una introducción del tema y después a una profunda explicación del tema, en donde se explicaba qué era, cómo se trabajaba y cuáles eran los objetivos que se buscaban alcanzar cerrando la plática con preguntas si existían de parte de las enfermeras o directivos o si fuera el caso un aporte para mejorar el servicio, por último se agradecía el tiempo y la atención brindada.

- **Subprograma de Investigación**

Pasada la selección del tema, primero se realizó la búsqueda de la bibliografía necesaria que dio una comprensión mejor sobre el tema, teniendo recopilada la información necesaria se pasó a realizar el abordamiento del tema, terminado el abordamiento se hizo un instrumento que fue aplicado y arrojó resultados que fueron tabulados, interpretados y analizados que llevaron a concluir y a una comprensión mejor sobre el tema y hacer recomendaciones con respecto al tema.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1 Subprograma de Servicio

Como se ha mencionado anteriormente las Actividades de Vida Diaria (AVD) básicas son todas aquellas que realiza la persona para mantener su higiene personal, por tanto las actividades fueron realizadas todos los días hábiles del periodo del 5 de marzo del 2012 al 5 de octubre del 2012, periodo que duró el Ejercicio Técnico Supervisado, esta actividad era de vital importancia debido a que el objetivo era incrementar y fomentar la frecuencia de las AVD. Por las mañanas antes de que el desayuno fuera servido, se lavaba con agua y jabón las manos de todos los adultos mayores del hogar, continuando con el desayuno en donde se supervisaba que cada uno se alimentara de la forma más independiente posible y proporcionar ayuda a quienes la necesitaban.

La siguiente actividad era nuevamente lavar las manos de todos los pacientes ya que muchos durante la alimentación se ensuciaban, pasando al cepillado de dientes en donde se pasaba uno por uno a cepillarse los dientes, debido a la limitación de movilidad que poseían los pacientes se realizó la adaptación de llevar un baño que cumpliera la función de lavamanos, un vaso de agua, la toalla, el cepillo de dientes y la pasta de dientes; al lugar de cada paciente. Quienes podían caminar con o sin ayuda eran trasladados al baño para esta actividad, terminada la higiene bucal se pasaba a la aplicación de crema en manos y cara; por último, se peinaban a todos siempre con la misma dinámica de quienes pudieran realizarlo independientemente y prestando ayuda a quienes se les dificultaba más; en el caso de las mujeres se les maquillaba, si ellas así lo deseaban.

Es importante agregar que antes de la refacción y el almuerzo, las manos de los pacientes no eran lavadas con agua y jabón, sino eran

limpiadas con toallas húmedas debido las actividades realizadas no ensuciaban tanto sus manos como para hacer la rutina de lavado de manos que duraba aproximadamente de 30 a 45 minutos.

Debido a la limitación de recursos humanos que poseía el hogar de ancianos Senilia, el baño del adulto mayor era realizado una o dos veces por semana, estos días la rutina variaba, después del cepillado de dientes se pasaban a los pacientes al baño para ser duchados por la enfermera, después pasaban al cuarto con la Terapista Ocupacional y Recreativa en donde ella supervisaba que el paciente se vistiera de la manera más independientemente posible o se le brindaban herramientas de cómo poder hacerlo de una mejor y más fácil manera, en este tiempo donde se realizaba la actividad de vestido, el paciente se aplicaba crema en todo el cuerpo, talcos en los pies y por último se peinaba y como se menciona anteriormente en el caso de las mujeres el maquillaje si así lo deseaban.

Continuando con la línea de las AVD dentro del programa de trabajo se encontraban planificadas las AVD instrumentales que son actividades que realiza la persona para su manutención, estas cumplen el objetivo de brindarle al paciente una herramienta de ocupación productiva dentro del hogar; entre las actividades se puede mencionar, el cuidado de su hogar y la preparación de su alimento, estas actividades tenían una forma especial de aplicación, esta forma consistía en evaluar al paciente si poseía las habilidades físicas y cognitivas necesarias para la realización de una tarea, también era evaluada la complejidad de la actividad.

Al menos una vez al mes cada paciente participaba en actividades de preparación del almuerzo, era una tarea de grupo, esto era debido a que las donaciones llegadas al hogar eran en grandes cantidades, por tanto se debía de limpiar la verdura y congelarla para su uso más

adelante, cuando esto sucedía todos los pacientes ayudaban a limpiar las verduras como el ejote, en el cual se explicaba que debían de cortar una punta primero y luego pasar a la otra punta; eran colocados en un recipiente, para luego entregarlos limpios a la enfermera, quien se encargaba de guardarlos en el refrigerador, otros colaboran limpiando el arroz o el frijol, esta última actividad era realizada con más periodicidad debido a que los granos eran consumidos con mayor frecuencia. Se utilizaba la misma dinámica mencionada anteriormente, solo que no eran guardados en el refrigerador sino puestos a cocinar para el almuerzo o cena.

Otra actividad que era realizada con mucha frecuencia era el colgar, descolgar y doblar la ropa, esta actividad se realizó también todos los días hábiles del periodo de 5 de marzo 2012 al 5 de octubre del 2012, es importante resaltar que las personas que se encargaban de esta actividad fueron seleccionadas tomando en cuenta sus intereses, sus capacidades físicas y cognitivas, la dinámica era la siguiente; primero la enfermera retiraba la ropa de la lavadora y era colocada en un baño que era trasladada al patio donde se tendía la ropa, se le avisaba al adulto mayor encargado que la ropa estaba lista para ser colgada y la terapeuta ocupacional y recreativa supervisaba que el transcurso de la actividad fuera seguro para las personas; se dejaba la ropa ahí para que seca y aproximadamente 11:30 se le solicitaba a la persona encargada revisara si la ropa estaba seca, si estaba seca era descolgada y trasladada al cuarto para doblarla, la última parte que era colocar la ropa en los closets; era realizada por la enfermera debido a que el paciente no tenía la capacidad de movilizarse con la ropa en las manos.

Una actividad que fue integrada en el camino fue el proyecto de jardinería, el cual fue trabajado los días hábiles del mes de julio 2012 a octubre 2012, como primer paso dado en este proyecto fue la limpieza del área de jardín ya que existían mucho monte, a causa de

que el jardín no era muy grande, se llevaba a los pacientes uno a uno a colaborar con la limpieza del jardín. Finalizada la limpieza la otra parte consistió en regar las plantas diariamente dándole un especial cuidado al güisquilar que se encontraba en el jardín, la misma dinámica de llevar uno a uno al jardín, en este caso la terapeuta se encargaba de llevar una cubeta con agua y una palangana para regar las plantas, en donde la terapeuta prestaba la asistencia para acercarse una a una.

Pasando a la siguiente actividad, se habla de las gimnasias de bajo impacto que son aptas para los adultos mayores, esta actividad era de mucha importancia en el hogar, por tanto, la actividad fue realizada todos los días hábiles del 5 de marzo 2012 al 5 de octubre 2012. La actividad era realizada la mayoría de veces después de la refacción, algunas veces por atraso de la refacción, la gimnasia era realizada antes.

Como primer paso era verificar que cada adulto estuviera ubicado en su propio espacio y de forma muy cómoda en la sala del hogar que era el único espacio para trabajar, se hacía sonar música que inyectara energía al grupo y se iniciaban los ejercicios en donde la terapeuta se ubicaba en frente del grupo y ella los realizaba junto con ellos, daba ese apoyo visual y verbal todo el tiempo, de cada ejercicio se hacían 20 repeticiones, en donde se llevaba el conteo en voz alta todo el tiempo. Como se sabe algunos estaban en la capacidad de realizar los ejercicios sin ningún apoyo, pero existían otros que necesitaban ese apoyo, por tanto la terapeuta después de cada ejercicio pasaba con cada uno (de quienes necesitaban el apoyo físico), para realizar individualmente el ejercicio con él o ella, y ese espacio servía de descanso para los demás y así hasta terminar de ejercitar todo el cuerpo. (*Rutina de ejercicios tabla 1.*)

Toda la rutina anteriormente mencionada eran ejercicios estacionarios, esto quiere decir que eran realizados en el lugar del paciente ya fuera parados para quienes tenían la capacidad y sentados para los que no. La siguiente parte de la rutina de ejercicios consistía en llevar a caminar dentro del hogar a los pacientes, uno a uno, para que puedan tener la debida supervisión, ya que la marcha de la mayoría era inestable y se necesitaba la constante supervisión.

Tabla 1 – Rutina de ejercicios

Ejercicio	Repetición
Circunducción de cabeza lado derecho	20
Circunducción de cabeza lado izquierdo	20
Inclinación a la derecha	20
Inclinación a la izquierda	20
Elevación de hombros	20
Flexión de hombro	20
Circunducción adelante de hombro	20
Circunducción atrás de hombro	20
Flexión y extensión de codos	20
Circunducción de muñecas (derecha e izquierda)	20
Flexión y extensión de tronco	20
Inclinación a la derecha de tronco	20
Inclinación a la izquierda de tronco	20
Rotación a la derecha de tronco	20
Rotación a la izquierda de tronco	20
Circunducción de cadera	20
Flexión y extensión de rodilla derecha	20
Flexión y extensión de rodilla izquierda	20
Inversión de tobillo derecho	20
Inversión de tobillo izquierdo	20
Eversión de tobillo derecho	20
Eversión de tobillo izquierdo	20

Continuando, para alcanzar el objetivo de lograr el aprovechamiento del tiempo libre de los adultos mayores, en actividades productivas y saludables tanto en aspecto físico como psicológico, se planificaron las Actividades Terapéuticas Manuales (ATM), las recreaciones y los paseos terapéuticos, este último fue iniciado en el mes de julio y concluido en el mes de octubre 2012 que fue el último mes del Ejercicio Técnico

Supervisado, y los anteriores fueron abordados desde el mes de marzo al mes de octubre del 2012.

La dinámica de las ATM era la siguiente; se realizaban de lunes a jueves siempre después de la refacción y antes del almuerzo, se organizaba el espacio, ya que como se mencionó anteriormente, la sala era el único lugar que se contaba para trabajar, en la organización se armaban las mesas de madera que eran colocadas en frente de los lugares de los abuelos para trabajar, el siguiente paso era la preparación del material a usar, en donde la terapeuta buscaba los materiales en bodega y los colocaba en mesas para trabajar, luego se pasaba a explicar cuáles eran las actividades que iban a realizar y la presentación de ejemplo de trabajo, después de esta explicación general la terapeuta se acercaba uno a uno para explicar de forma más individual y ayudarlo a iniciar con su trabajo, esta actividad era realizada aproximadamente de una a una hora y media los días mencionados, durante este período la terapeuta brindaba el apoyo necesario a cada paciente y la motivación para continuar trabajando, llegado el tiempo del almuerzo, nunca era siempre a la misma hora pero oscilaba entre 12:15 a 12:30, se pasaba a recoger los materiales utilizados y a guardarlos, la última actividad realizada era la limpieza de las mesas por los adultos mayores y la limpieza de sus manos para tener correcta higiene antes del almuerzo. Con las ATM se ejecuta el material para trabajar el área de educacional, donde se realiza el calendario, que es la toma de conciencia de la fecha diaria. *(Actividades realizadas durante todo el año tabla 2.)*

Los días viernes regularmente se hacían recreaciones o las actividades especiales del mes, en lugar del trabajo de ATM, que tenían una duración de una hora, la dinámica era muy similar a la de ATM se organizaba el espacio para jugar ya fuera organizar las mesas o abrir más espacio para poder jugar, luego se buscaba los materiales a utilizar, se explicaba de qué se trabajaba el juego y se procedía a jugar

prestando la asistencia necesaria, al final se recogían los materiales y se hacía la limpieza del lugar si lo ameritaba.

Al final del día de trabajo, que siempre era después de las ATM, recreaciones o actividades especiales; se compartía con ellos un premio que iba desde dulces, galletas o un almuerzo especial preparado por la terapeuta a cargo. (*Recreaciones tabla 3 y actividades especiales tabla 4.*)

También se realizaron los paseos terapéuticos que fueron iniciados en mayo 2012, estos regularmente eran realizados las últimas dos semanas de cada mes, en donde la terapeuta sacaba a pasear al adulto mayor del hogar, regularmente era un paciente por día, el recorrido del paseo era en la colonia del hogar de ancianos, el punto final era el parque de la colonia en donde se detenían 15 minutos a observar las flores, árboles del lugar, el paseo duraba entre una hora u hora y media, después se regresaba al hogar para retomar la actividades de almuerzo.

En una ocasión en el mes de mayo los estudiantes de la Carrera de Terapia Ocupacional y Recreativa del primer semestre de la Universidad de San Carlos de Guatemala, llegaron a apoyar en el paseo terapéutico, por tanto en esta única ocasión salieron dos ancianos por día.

Tabla 2 – Actividades Terapéuticas Manuales

Actividad	Duración aproximada
Decoración de la celebración del Día de la Mujer, con letras con la leyenda "Felicidades en tu día mujer" y la decoración de flores, en donde los dibujos y letras se decoraban rasgando papel de china, para luego ser pegado en las letras y dibujos hasta cubrir en su totalidad, para luego pegar en la sala del hogar. Acompañado de musicoterapia.	2 semanas

Decoración del hogar en relación al tema de Semana Santa, se realizó un viacrucis gráfico que fue decorado con la técnica de rasgado de papel de china y también la decoración de letras con la misma técnica de letras con la leyenda "semana Santa". Acompañado de musicoterapia	2 semanas
Realización de un mural playero acorde a la época de verano que incluyó la realización de palmeras, peces, cangrejos, pulpos, estrellas de mar y burbujas de agua, con la técnica del crayón, que ayuda de igual manera al paciente a ubicarse en espacio y tiempo, al momento de trabajar las ATM se aplica la técnica de musicoterapia.	2 semanas
Realización de la ATM para el Día de la Madre, se realizó una mamá en grande con su hijo, utilizando las distintas técnicas aprendidas en los días anteriores, estas son el papel de china, pintura con tempera y pintura con crayones, también la realización de flores en papel y otras con origami, también la decoración de letras con la leyenda "Felicidades en tu día mamá".	3 semanas
ATM de la realización del calendario para el resto del año, en donde se realizó un gran cartel con el título de calendario, mes, día y año, debajo de estos títulos se pegaban los números, esto era pintado con temperas por el paciente Pablo Itzol, se realizaba el pintando de los nombres de la semana, lunes, martes, miércoles, jueves y viernes, también se realizaba el pintado de los números que componen el mes del 1 al 31.	1 semana y media
ATM de decoración del Día del Padre, en donde las figuras a decorar fueron un papá grande, corbatas, gorras, carros, pelotas y letras con la leyenda "Felicidades en tu día papá", las letras fueron decoradas con bolitas de papel de china, el resto de los dibujos unos fueron decorados con crayones, otros con marcadores, esto dependía del gusto de trabajo de cada uno. Las actividades de ATM siempre se hacen uso de la musicoterapia para que el paciente pueda trabajar con más armonía.	2 semanas

Se realizó decoración para el Día del No Maltrato al Adulto Mayor con la realización de letras con la leyenda de "Cuida a los ancianos son nuestra historia", también se diseñaron dos abuelos de aproximadamente 50 cm, un abuelo con su nieto dándole amor y unas flores y unas mariposas, todo esto es pintado con la técnica de la tempera, por ser el material de trabajo del mes.	2 semanas
Mural de invierno en donde se pintó botas de hule, capas, sombrillas, gotas de agua y letras de invierno, unos pacientes con crayones de madera, otros con crayones de cera y otros con tempera, se elige la técnica a gusto y habilidad del paciente. ATM acompañada de musicoterapia de marimba.	1 semana y media
Realización de mariposas utilizando los conos del papel higiénico para hacer el cuerpo de la mariposa, cartulina en donde se dibujó las alas de la mariposa, servirían para decorar el techo de la sala, los conos de papel eran pintados con tempera y las alas de la mariposa con crayones.	2 semanas
ATM para el plan educacional del calendario, donde se realizó un nuevo diseño de calendario en donde se hizo letra por letra en cartulina que se rellanaron con bolitas de papel de china, cada letra de diferente color, la leyenda de calendario y del mes que correspondía	2 semanas
ATM de hacer floreros de decoración para el hogar, en donde se utilizó los frascos de metamucil consumidos en el hogar para el florero, paletas de madera para el tronco de la flor, papel de china para la grama, cartulina para las flores, crayones y tempera para pintar las flores.	1 semana y media
ATM de la decoración de las habitaciones de los abuelos del hogar, esta consistió en la realización de un abuelo de dibujo para cada cama de cada habitación que identificara a cada abuelo del hogar, también se realizó el nombre de cada uno, esto fue pintado con crayones y con tempera, se escogió esta	3 semanas

técnica ya que es la preferida y de mayor facilidad para los pacientes.	
ATM para el plan educacional del calendario, en donde se decoró las letras de la palabra "Septiembre" con la técnica de bolitas de papel de china, cada letra de diferente color.	1 semana y media
ATM decoración del 15 de septiembre, con las letras que tienen la leyenda de "15 de septiembre mes de la independencia", y los símbolos patrios de aproximadamente 60 cm, el quetzal, la ceiba, la bandera y la monja blanca, acompañado con musicoterapia, esto haciendo uso de las técnicas de pintar con tempera y con crayones de madera o cera.	2 semanas y media
ATM para el plan educacional del calendario, en donde se decoró las letras de la palabra "octubre" con la técnica de bolitas de papel de china, cada letra de diferente color.	1 semana
ATM para la decoración del Día del Niño de las letras con la leyenda de "porque todos llevamos un niño adentro", también dibujos de patos de hule y aviones, con la técnica de tempera.	1 semana
Proyecto de árbol navideño, este proyecto es importante resaltar que fue realizado terminada la fecha del Ejercicio Técnico supervisado, el cual finalizó en octubre 2012, y este fue realizado en noviembre 2012, este proyecto consistió en pintar conos de papel de baño de color verde oscuro, después de secos, puntos de color rojo y blanco, que luego fueron pegados unos con otros en forma circular ascendentemente cada vez más pequeño con silicón.	2 semanas

Tabla 3 – Recreaciones

Recreación	Duración aproximada	Utilización
Dinámica rompehielo de la papa caliente, quien tuviera el lápiz se presentaba.	2 horas	1 vez
Juego a la pelota, adaptando el juego a las necesidades y capacidades de cada paciente, con un paciente se realizó el juego de	1 hora y media	4 veces

que cada vez que atrapara la pelota debía de decir el nombre de una fruta, y con los otros que sus capacidades mentales son más bajas, se realizó el juego de atrapar la pelota desde distintas distancias, y luego se realizó que debían de patear la pelota.		
Recreación pasiva con los pacientes para trabajar su área cognitiva realizando el armado de rompecabezas de paciente en paciente, dándole el tiempo necesario con cada paciente, se logró trabajar con la mitad de los abuelitos, al final del armado rompecabezas se preguntaba lo que ahí había, era un rompecabezas de la figura humana entonces se le solicitaba que señalara las partes pedidas por la terapeuta, en el dibujo y en su cuerpo.	2 horas	4 veces
Baile libre, con música de marimba	1 hora	4 veces
Recreación, en donde se hace la presentación de todos los juegos, que son rompecabezas en trozos, rompecabezas de piezas normales, rompecabezas de figura humana con encaje, juego de llevar cuencas de un lado a otro por alambres enrollados, caja de encaje de piezas, figuras geométricas de diferentes tamaños, se hace la presentación de cada uno de los juegos con su respectiva explicación y se hacen pruebas para ver si se entendió cada uno de los juegos.	2 horas	4 veces
Jugar con plastilina realizando figuras	1 hora	2 veces
Bingo	2 horas	1 vez
Lotería	2 horas	4 veces

Tabla 4 – actividades especiales

Actividad	Duración aproximada
Celebración del Día de la Mujer, acompañada por dos cantantes que amenizaron el evento con canciones de antaño y un almuerzo de convivencia realizado por la terapeuta.	4 horas y media
Celebración del Día de la Madre, acompañada por dos cantantes que amenizaron el evento con canciones de antaño y un almuerzo de convivencia realizado por la terapeuta.	4 horas y media
Celebración del Día del Padre, celebrada con el juego de lotería en donde se daban premios por ganar y un almuerzo de convivencia realizado por la terapeuta.	4 horas
Celebración del Día del Adulto Mayor, celebrada con el juego de lotería en donde se daban premios por ganar y un almuerzo de convivencia realizado por la terapeuta.	4 horas

3.2 Subprograma de Docencia

Las inducciones fueron proporcionadas a las enfermeras, que son las responsables del cuidado de los adultos mayores, las pláticas tenían una duración aproximada de 30 minutos, se iniciaba con preguntar a las enfermeras y directivos qué idea tienen ellos sobre el tema, continuando con la introducción del tema que era una breve explicación de la importancia de la actividad, pasando luego a abordar de lleno el tema a trabajar, explicando qué es, cómo es que se trabaja, el cuidado y objetivo de esto en la vida del adulto mayor, el impacto que puede tener en mejorar su calidad de vida y cómo desmejora el paciente si se deja por un lado la realización de la actividad, terminando la explicación

del tema se pasaba a las preguntas que surgieran del tema y resolvían en la inmediatez, terminando esto se proporciona el cierre de la actividad agradeciendo por la atención y colaboración durante la inducción. *Tabla 5 de inducciones.*

Tabla 5 – inducciones

Fecha	Tema	a quien se dirigió
13-3-2012	Importancia de las Actividades Básicas de Vida Diaria en el adulto mayor	Enfermera de turno
15-3-2012	Importancia de las Actividades Básicas de Vida Diaria en el adulto mayor	Enfermera de turno
26-4-2012	La importancia de la Terapia Ocupacional y Recreativa, y las actividades de vida diaria en el adulto mayor	Estudiantes del colegio "Arte y Oficio"
27-4-2012	Importancia de las Actividades Básicas de Vida Diaria en el adulto mayor	Enfermera nueva contratación en el hogar
20-7-2012	Qué es la Terapia Ocupacional y Recreativa y la importancia de las actividades de vida diaria en el adulto mayor	Periodistas de prensa Libre

3.3 subprograma de investigación

En este el tema de investigación fue cómo el Alzheimer afecta las actividades de vida diaria en los adultos mayores, para que se llevara una investigación adecuada se buscó apoyo en la bibliografía de Terapia Ocupacional en el Alzheimer y otras demencias, nuevos puntos de vida para un cuidador, por Alvaro Redondo Garces de la Editorial Afal colección, Madrid, España.

También se hizo el diseño de un instrumento para evaluar las actividades de vida diaria en los pacientes que padecía de esta afección en el hogar, el cual daba a la terapeuta ocupacional y recreativa una

guía de qué actividades había que buscar reforzar, este solo fue posible abordarlo con dos pacientes del hogar quienes eran las únicas del padecimiento de esta afección, los resultados fueron los siguientes:

Evaluación de Actividades de Vida Diaria Básicas

Paciente 1

Nombre: G.P.

Sexo: femenino

Edad: 70

Diagnóstico: Alzheimer

0= incapaz

5= necesita ayuda importante

10= necesita algo de ayuda

15= independiente

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total (T)
20-35	Grave (G)
40-55	Moderado (M)
>= 60	Leve (L)
100	Independiente (I)

Fecha	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.
Actividad	30	30	30	29	30	30	28
Comer	15	15	15	15	15	15	15
Traslado entre silla y cama	15	15	15	15	15	15	15
Aseo personal	0	0	0	0	5	5	5
Uso del retrete	0	0	0	0	0	0	5
Bañarse	5	5	5	10	10	10	10
Desplazarse	15	15	15	15	15	15	15
Vestirse	5	5	5	5	5	5	5
Control de heces	0	0	0	0	0	0	0
Control de orina	0	0	0	0	0	0	0
Total (0-90 uso de silla de ruedas)	55	55	55	60	65	65	70
Grado de dependencia	M	M	M	M	L	L	L

Interpretación

Se puede observar en los resultados de las evaluaciones mensuales realizadas que los avances obtenidos fueron en las áreas de aseo personal y bañarse, pero también se puede ver que los avances fueron vistos de 3 a 4 meses del trabajo diario de los días hábiles de cada mes.

También se puede ver que las funciones de control de esfínteres, jamás se logró ningún progreso.

Paciente 2

Nombre: C.G.

Sexo: femenino

Edad: 55 años

Diagnóstico: Alzheimer

0= incapaz

5= necesita ayuda importante

10= necesita algo de ayuda

15= independiente

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total (T)
20-35	Grave (G)
40-55	Moderado (M)
>= 60	Leve (L)
100	Independiente (I)

Fecha	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.
Actividad	30	30	30	29	30	30	28
Comer	0	0	0	0	5	5	5
Traslado entre silla y cama	0	0	0	0	0	0	0
Aseo personal	0	0	0	0	0	0	0
Uso del retrete	0	0	0	0	0	0	0
Bañarse	0	0	0	0	0	0	0
Desplazarse	5	5	5	5	5	5	5

Vestirse	0	0	0	0	0	5	5
Control de heces	0	0	0	0	0	0	0
Control de orina	0	0	0	0	0	0	0
Total (0-90 uso de silla de ruedas)	5	5	5	5	10	10	10
Grado de dependencia	T	T	T	T	T	T	T

Interpretación

Se puede observar en los resultados de las evaluaciones mensuales realizadas que los avances obtenidos fueron en las áreas de comer y vestirse, pero también se puede ver que los avances fueron vistos de 4 a 5 meses del trabajo diario de los días hábiles de cada mes.

También se puede ver que las funciones de control de esfínteres, jamás se logró ningún progreso.

Resultados

- Como se pudo observar en las evaluaciones anteriores, el deterioro que se sufre el Adulto Mayor en las Actividades de Vida Diaria Básicas a causa del Alzheimer son bastante significativas. Se identificó que los tres rubros relacionados con el tema de control de esfínteres, los cuales son uso del retrete, control de orina y control de heces, en las pacientes eran totalmente dependientes por tanto se llega a la conclusión, que es una actividad que se pierde en su totalidad conforme va avanzado la enfermedad.
- Se localizó que las actividades de comer y vestirse, son áreas en la que las pacientes con Alzheimer sufrieron menos deterioro, a pesar de lo avanzado de la enfermedad.

Otros Hallazgos

- El trabajo constante en las Actividades de Vida Diaria Básicas es de vital importancia para una calidad de vida en el adulto mayor, los avances se ven a largo plazo, pero es importante practicarlas.
- El realizar las actividades en un mismo horario todos los días ayuda a crear una ruta mental para volverlo rutina diaria.
- Dar más énfasis a actividades como bañarse, vestirse, comer desplazarse, que son actividades en las cuales se obtienen buenos resultados.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Subprograma de Servicio

Entre las actividades pilares del proyecto están las actividades de vida diaria básicas, esta fue una actividad que en su inicio presentó un poco de dificultad, esto era porque los abuelos no estaban acostumbrados a la realización de AVD, debido que la única enfermera en el hogar se encargaba de la comida, limpieza y cuidado de los mismos, por tanto la enfermera le daba poca importancia a este tipo de actividades.

Como se decía fue difícil porque los abuelos no querían colaborar intentando cepillarse los dientes, otra dificultad presentada fue, que muchos de los abuelos poseían movilidad limitada, por tanto la limpieza se debía de hacer en el lugar donde se encontraban sentados, lo cual representaba más trabajo para la terapeuta ya que llevaba todo lo necesario como, el agua, pasta de dientes, cepillos de dientes, recipiente donde escupir, toalla, crema y enjuague bucal; esta carga extra de trabajo hacía que el proceso de limpieza fuera más lento y por tanto la duración de esta actividad era de aproximadamente dos horas por la mañana, tiempo que para los abuelos que podían trasladarse al baño y hacer su higiene diaria solo con supervisión fuera aburrido en la espera de la terminación de esta actividad.

Conforme fue avanzando el tiempo del Ejercicio Técnico Supervisado, las actividades de vida diaria fueron más aceptadas por todos los abuelos del hogar, ellos muchas veces recordaban y solicitan su higiene diaria. El tiempo de la realización de estas no se redujo, pues siempre había que llevar los materiales a la sala y apoyar a quienes no eran capaces de realizarlo solo, pero ya había una mejor aceptación para esta actividad y no una apatía o desgano de su realización como fue en

el inicio, en donde algunos abuelos, cuando llegaba su turno de cepillarse decían “gracias, no me gusta cepillarme, pero si quiere solo deme enjuague bucal”, esto cambió, con el trabajo continuo de la etesista, quien día con día los motivaba y exhortaba a su higiene diaria, para sentirse limpios, cómodos y felices con ellos mismos, tras fortalecer esa relación de empatía y ese sentimiento de preocupación por la salud de ellos; todo ese trabajo diario de motivación llegó un momento en que la mayoría de ellos abuelos realizaron las AVD sin quejarse y en el momento de ser su turno de limpieza lo realizaban felices y agradecía a la terapeuta por su preocupación y colaboración.

Otra actividad que fue un poco difícil tanto para los pacientes como para las enfermeras del hogar de ancianos fue el baño, fue difícil para ambas partes debido a que la enfermera bañaba y cambiaba muy rápido a los abuelos, colocándoles la misma ropa que tenían anteriormente, cuando la terapeuta intervino, insistía todo el tiempo a los pacientes que, realizaran su baño y su vestimenta lo más independientemente posible, con ropa limpia, en donde la terapeuta acompañó este proceso, que fue progresivo; velaba a que el paciente intentara cambiarse, de necesitar apoyo, ella lo brindaba inmediatamente, fue un proceso por etapas en donde se le dio su espacio y tiempo necesario a cada paciente, para la realización de esta actividad de su forma más independiente.

La realización de esta nueva dinámica de baño, en un inicio hubo resistencia e implicó más tiempo de trabajo para la enfermera, pero fue una actividad que no se abandonó porque era importante para el abuelo del hogar, por tanto la terapeuta insistía e insistía constantemente en la mayor independencia del baño de los pacientes, que al final de todo trajo consigo un gran beneficio y sentido de utilidad para el adulto mayor del hogar.

Al final de todo a pesar de las complicaciones surgidas en el camino tanto por parte del personal de trabajo, el equipo de trabajo y los pacientes, las AVD básicas fueron realizadas con éxito e interiorizadas totalmente por los abuelos; se puede concluir que el objetivo fue alcanzado con total éxito, todo esto mejoró el ambiente de su sala de estar, pues los malos olores en muchos de los casos eran causados por no bañarse o por no tener un buen uso del sanitario, como se decía estos malos olores redujeron, también corrigió la percepción que tenían de ellos mismos pues se sentían limpios e higiénicos; por tanto el resultado fue el deseado y esperado.

Continuando las AVD instrumentales, si las básicas fueron difícil de introducir, las instrumentales fueron aún más difíciles, esto fue debido a que los abuelos que se encontraban ubicados en tiempo, tiempo y persona, justificaban que ellos no eran empleados para realizar este tipo de actividades, para eso estaba la enfermera, para que se encargara de todo esto, pero como se ha hecho conciencia en las páginas anteriores del informe, el proporcionar una herramienta de ocupación productiva en el adulto mayor es de vital importancia, para que su vida cobre nuevamente un sentido.

Por tanto, la terapeuta explicaba a los abuelos cuál era el objetivo de trabajar estas actividades con ellos, haciendo conciencia de que no se buscaba utilizarlos para realizar las tareas del hogar más rápido, sino que era muy importante para ellos mismos, sentirse parte de ese hogar y que era para sentirse orgullosos de que muchos de sus compañeros comían gracias al trabajo que realizaban.

Las primeras veces que se introdujo la actividad de preparación de alimentos, siempre los abuelos lo hacían de mala gana, enojados y quejándose todo el tiempo. Pero con la motivación, el felicitarlos por su excelente trabajo, el recalcarle a sus compañeros que la comida que

estaban probando había sido elaborado por cierta persona, lo que se hacía siempre que se trabajaba, hizo que conforme avanzaba el tiempo, esta actividad ya se realizaba con mayor motivación y deseo de colaboración, es más muchas veces estas actividades se suspendían por un tiempo, pero ciertos abuelos preguntaban, "hoy no necesita que la ayude a limpiar el frijol o arroz".

Otra actividad de esta rama era el colgar, descolgar y doblar la ropa de los compañeros del hogar, en esta actividad nunca existieron complicaciones de no querer realizar el trabajo, habían dos abuelas en el hogar que les gustaba mucho esta actividad, tanto que ellas mismas justificaban que las hacía sentirse bien ayudando con el mantener su hogar limpio y agradecían a la terapeuta por permitirles realizar estas actividades que antes no les eran permitidas por su seguridad, pero con la implementación del Ejercicio Técnico Supervisado en el hogar fue posible realizar esta actividad, pues la terapeuta supervisaba esta actividad, para que no existiera un factor de riesgo para la seguridad de las abuelas que realizaban la actividad.

Existía en el hogar el proyecto de jardinería, al igual que muchas otras actividades, en esta hubieron complicaciones al inicio, esto debido a que no existía la rutina de apoyar en el hogar, se mostró mucha resistencia al inicio de no querer acercarse al jardín para regar las plantas, preferían quedarse sentados viendo televisión y que otro fuera a regar las plantas.

Al inicio se les permitía a quienes no querían participar, se quedaban ahí, se trabajaba únicamente con quienes querían participar y al final de su participación la terapeuta les daba una galleta por su colaboración en el jardín, al ver esto algunos se motivaron para ir al jardín a trabajar, conforme avanzó el tiempo se fue quitando la recompensa de la galleta

por ir a regar, y como se estableció un orden para ir a regar, ya cada uno con el tiempo sabía, cuándo le correspondía regar las plantas.

Como se pudo observar en esta última actividad aparte del incentivo verbal que siempre se les brindaba, agradeciéndole su colaboración, felicitándolo por lo bien que regaba las plantas, se agregó la recompensa de la galleta, esto se hizo, porque se observaba que en algunos casos había una severa falta de motivación y deseo de colaborar, ya no eran suficientes solo las palabras de motivación, felicitación o exhortación, se evaluó esto y se agregó la recompensa de la galleta, que no duró mucho, porque cuando le encontraron el gusto a la actividad ya no fue necesario la galleta, nuevamente eran suficientes las palabras de la terapeuta de lo orgullosa que se encontraba por su excelente trabajo.

Al final del camino se puede decir que las AVD instrumentales, a pesar del difícil inicio que se tuvo, se lograron implementar, cumpliendo con lo esperado, que era brindar una herramienta de productividad y sentido de valor para el adulto mayor.

Avanzando con la actividad física de bajo impacto, al igual que muchas de las actividades anteriores, tuvo un difícil inicio. Nadie colaboraba, simplemente ignoraban a la terapeuta, que se encontraba dirigiendo la actividad, otros gritaban e insultaban a la terapeuta por apagar la televisión y poner la música para el ejercicio, otros argumentaban que no tenían ganas y que tal vez la próxima vez hacían algo.

Si las AVD resultaron difícil de trabajar, el ejercicio de bajo impacto fue aún más difícil, esto se debía a que eran bastantes abuelos en el hogar como para poder trabajar la actividad todos juntos, sin que nadie desviara su atención a otra actividad, como el quedarse dormido, también por el espacio que se poseía para el trabajo, no era tan amplio

y la terapeuta no se podía ubicar en un sitio donde fuera visible para todos.

La estrategia fue en un inicio hacerla grupal con los abuelos que colaboraban y luego pasar individualmente, en esta actividad no fueron los problemas de motivación, sino problemas de espacio, tiempo y personal para trabajar con cada abuelo.

A pesar de estas dificultades se logró trabajar bastante bien las gimnasias de bajo impacto con los abuelos, que al final fueron reflejadas en las evaluaciones semanales que realizaba el doctor del hogar, ya que constantemente brindaba resultados y agradecía a la terapeuta por el trabajo, esto era porque muchos pacientes que se encontraban edematizados por la falta de movimiento, fueron reduciendo sus edemas, en muchos casos hasta desaparecer y en otros su reducción parcial, otra forma de ver los resultados fue el mantenimiento del tono muscular de todos los pacientes del hogar, desde que se inició el ETS los pacientes empezaron a mantenerse físicamente mejor conservados, por el ejercicio que se realizaba, programa que antes del ETS no existía, por lo mismo las mejoras fueron notadas inmediatamente por el personal del hogar.

Otra forma, en donde se pudo ver el beneficio de la gimnasia de bajo impacto, fue en la alimentación, esto porque muchos pacientes lograban comer solos sin derramar los alimentos o líquidos por falta de coordinación o fuerza muscular.

Se puede concluir que, a pesar de las dificultades que se presentaron por los recursos, la actividad fue realizada con completo éxito, realizando las adaptaciones para su completa funcionalidad, y se alcanzaron resultados visibles y comprobables, fue una actividad de total beneficio para los abuelos del hogar.

Otro pilar fuerte, que fue trabajado bastante durante el Ejercicio Técnico Supervisado, fue el buscar el aprovechamiento de los tiempos libres de los abuelos en actividades productivas y saludables tanto en aspecto físico como psicológico.

Estas actividades fueron las Actividades Terapéuticas Manuales (ATM), recreaciones y los paseos terapéuticos, estas actividades fueron las más aceptadas por los abuelos del hogar, por el increíble placer y diversión que brindaban; como las otras actividades tuvo una pequeña dificultad en su arranque, esto se explica, por el hecho de la costumbre de pasar sentado todo el tiempo viendo la televisión, pero bastó con una semana de trabajo, en donde existió apoyo, comprensión, palabras de aliento, palabras de motivación, palabras de reforzamiento y empatía total, para que los abuelos aceptaran tanto esta actividad, que pasó a formar inmediatamente parte de su rutina diaria.

El trabajo de esta área fue muy intensa, esto era porque los abuelos la demandaban constantemente, exigiendo actividades distintas todo el tiempo o en el caso de los paseos exigiendo el día que les correspondía salir a ellos de paseos. Estas actividades encontraron su increíble éxito, por el hecho de que, la mayoría de actividades estaban diseñadas para los intereses personales de cada abuelo del hogar, también porque en el tiempo de su realización era un espacio de libre expresión, en donde se aprovechaba para que todos platicaran anécdotas de su vida, cantar, contar chistes, bailar, jugar y siempre al final compartir un dulce o una galleta, también en este tiempo se brindaba especial atención a cada paciente, ya fuera para explicar el trabajo, ayudarlo con su actividad asignada o simplemente compartir un momento de alegría.

En cuanto a esta actividad se puede agregar que fue de mucho beneficio para los abuelos ya que aumentó su autoestima, mejoró su

estado de ánimo, optimizó sus relaciones con sus compañeros y su ambiente, también regeneró ese sentimiento o sensación de sentirse funcionales aun para la sociedad.

4.2 Subprograma de Docencia

El trabajo sobre este eje del Ejercicio Técnico Supervisado no tuvo mayores complicaciones, las charlas brindadas eran de manera individual, en donde se explicaba la temática y se resolvían las dudas que la enfermera pudiera tener, por la simpleza de la estructura y la atención personalizada que se brindaba a estas inducciones, el proceso de las mismas hizo que fuera de mucha facilidad transmitir el conocimiento deseado y resolver en total profundidad todas las dudas surgidas en el desarrollo de la inducción, este fue una muy beneficiosa forma de trabajar las inducciones ya que no había distractores que interrumpieran el desarrollo de la inducción.

Antes del inicio del Ejercicio Técnico Supervisado las enfermeras realizaban algunas actividades de vida diaria, pero no todos los días como es lo correcto, con estas charlas se les hizo conciencia de la importancia de estas para la salud y autoestima del adulto mayor, y de por qué era tan importante que fueran realizadas todos los días.

Las inducciones brindaron a las enfermeras un conocimiento extra en cuanto a su carrera de Enfermería, puesto que ellas hicieron notar que no tenían conciencia de que las actividades de vida diaria fueran tan importantes para el adulto mayor.

Gozar de mayor beneficio en el tratamiento del adulto mayor, estas inducciones que se brindaban cada cierto periodo, también se hubieran podido dar al equipo que dirigía el hogar de ancianos, como el Director General, Directora del programa, abogado, jefa de enfermería y médico,

como se decía, el tener acceso a este equipo habría hecho que el tratamiento fuera mucho mejor para los abuelos, ya que todo el equipo tendría el conocimiento del trabajo que realizaba la etesista día a día con el adulto mayor, y así todo el equipo tendría la misma visión en la meta a alcanzar con el adulto mayor, logrando mejores resultados. Desafortunadamente no se pudo lograr a pesar del intento de tener este tipo de contacto con las autoridades, esto es algo lamentable pues se notaba que el equipo no estaba muy interesado en involucrarse en este tipo de actividades de la terapia que buscaban la mejoría de la calidad de vida del adulto mayor dentro del hogar de ancianos, solamente se enfocaban en cumplir ciertas obligaciones que sus puestos exigían, dejando a un lado la causa más importante, que era ofrecer un espacio adecuado para el cuidado del adulto mayor.

Por lo anteriormente mencionado se puede concluir que las inducciones en el hogar, al equipo de enfermería fueron de gran apoyo y alcanzaron el objetivo deseado, se pudo ver reflejado en la higiene de los abuelos del hogar, porque esta mejoró, pues ya no solo se realizaban en la mañana o durante la semana cuando la terapeuta se encontraba en el hogar, sino eran realizadas por la tarde y los fines de semana por el equipo de enfermería.

4.3 Subprograma de Investigación

Abordar el objetivo del subprograma de investigación no fue muy difícil, esto fue debido a que la convivencia con las pacientes que padecían Alzheimer era diaria, por tanto las observaciones, las anotaciones de avances o retrocesos se podía hacer diariamente si en ese momento ese era el objetivo buscado.

Por la parte de la bibliografía utilizada fue tomada de internet a través de libros digitales, esto porque el libro que sirvió de guía para la

investigación era totalmente específico y bien dirigido al tema, lo cual facilitó el proceso de abordaje de la investigación, puesto que, durante la búsqueda de bibliografía que sustentara esta investigación en bibliotecas nacionales, tuvo resultados negativos, encontrando libros que hablaban únicamente de la evolución del Alzheimer y el tratamiento de Terapia Ocupacional en el adulto mayor, pero nunca esto junto, por tanto se recurrió a bibliotecas cibernéticas, en donde se encontró el libro específico, esto hizo que la investigación tomara la ruta adecuada y brindando a la etesista una guía para obtener mejores resultados en la investigación.

Al momento de iniciar la investigación se plantearon objetivos y metas, que en el camino muchos fueron botados, porque se veía que no se lograban alcanzar, por muchos factores, entre los que se pueden mencionar era que las pacientes que padecían del Alzheimer, estaban ya en etapas muy avanzadas y no tenían ninguna medicación para la misma, por tanto muchos de los objetivos planteados eran demasiado altos para alcanzar por los sujetos de investigación.

Durante el desarrollo de la investigación jamás se presentaron dificultades que hicieran cambiar el tema a investigar, es más habían muchas razones para continuar con la investigación, ya que los resultados de esta investigación podían proporcionar un gran beneficio de otros abuelos del hogar que empezaban a presentar signos de posibles Alzheimer.

Durante el desarrollo y trabajo de la investigación se mantuvo un constante monitoreo y reevaluaciones mensuales, se pudo percibir que el constante trabajo, apoyo físico y recordatorios verbales ayudaron a los sujetos a alcanzar una mejoría en las AVD básicas, también influyó mucho que los pacientes anteriormente vivían en completo abandono, no tenían conciencia de las AVD y su única actividad era ver

televisión, como se decía el cambio de ese hábito de vida sedentario a un cambio de vida más activo, como lo era el ejercicio, las AVD básicas e instrumentales llevaron a alcanzar el cambio en los sujetos de investigaciones.

Como se menciona anteriormente los objetivos tuvieron que bajar su nivel de exigencia debido al avance y descuido que poseían los sujetos de investigación, podría agregarse que en los resultados fue bastante similar, la situación, las expectativas o imagen mental que se poseía de los posibles cambios eran muy altos para este tipo de sujetos, citando el ejemplo de un objetivo, se esperaba que las pacientes fueran semiindependientes en ciertas AVD, como: el cepillado de dientes, no fue alcanzado, las pacientes siempre necesitaron el apoyo físico y apoyo verbal para la realización de esta actividad, pero conforme se trabajaba estos recordatorios físicos y verbales fueron reduciendo pero nunca se extinguieron, puede entonces comprenderse que los cambios fueron muy sutiles, apenas perceptibles para otras personas, pero las reevaluaciones revelaron que sí existieron cambios, todo lo anterior refleja que el trabajo constante, la interacción diaria y los reforzadores positivos en este tipo de pacientes llevan a alcanzar cierta mejoría, bastante significativa en la vida de los pacientes porque colabora en mejorar su calidad de vida.

Como toda investigación tuvo sus resultados que fueron socializados con el personal de enfermería, para que tuvieran conocimiento de cómo poder ayudar a los sujetos de investigación y a los abuelos que presentaban los signos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusiones Generales

- La intervención y el seguimiento diario adecuado del tratamiento ofrecido por el servicio de Terapia Ocupacional y Recreativo, lleva a alcanzar una increíble mejoría en la calidad de vida y lleva a recobrar el sentido de vida en el adulto mayor.
- La Universidad de San Carlos de Guatemala tiene un gran papel en la realización de estos servicios, los cuales contribuyen con una mejor calidad de vida a personas olvidadas por la sociedad.
- Centros como Senilia son lugares muy necesitados de ayuda de profesionales de la Salud.

5.1.2 Conclusiones Específicas

5.1.2.1 Subprograma de Servicio

- La realización de actividades de vida diaria básicas en el adulto mayor mejora su imagen corporal y su autoestima.
- La implementación de actividades de vida diaria instrumentales dentro del hogar, proporciona al adulto mayor una responsabilidad y rol dentro del hogar, que ayuda a recobrar el sentido de utilidad dentro de la sociedad y el sentido de la vida.
- La gimnasia de bajo impacto ayuda a mejorar la salud física del adulto mayor, mejorando la circulación de la sangre, reduciendo edemas, posibles trombosis, amplitud articular y tono muscular.
- Las ATM, recreaciones y paseos terapéuticos, son actividades beneficiosas para el aspecto psicológico, ya que

proporcionan una ocupación y diversión en los tiempos libres del adulto mayor.

5.1.2.2 Subprograma de Docencia

- Las inducciones para el personal de enfermería ayudan a mejorar el servicio y atención al adulto mayor.
- El no tener acceso al equipo líder de la institución lleva a bajar la calidad del servicio para el adulto mayor.
- Hacer las inducciones de manera individual facilita la comprensión del tema.

5.1.2.3 Subprograma de Investigación

- La intervención constante en las actividades de vida diaria básicas, crea pequeños cambios que son significativos para mejorar la calidad de vida.
- Utilizar bibliografía más específica ayuda a guiar la investigación por un mejor camino.
- Los resultados de la investigación dan una guía para el trabajo con otros pacientes que presentan inicios de la enfermedad Alzheimer

5.2 RECOMENDACIONES

5.2.1 Recomendaciones generales

- Es necesario darle un continuo seguimiento al trabajo de la Terapia Ocupacional y Recreativo en el adulto mayor, sin interrumpir el tratamiento, por lo que se solicita tomar nota de siempre enviar un Etesista al Centro de Cuidados Integrales Senilia.
- La Universidad de San Carlos de Guatemala, mantenga siempre su preocupación por estas personas que fueron olvidadas por la sociedad.

- Se recomienda a Senilia buscar profesionales para encargarse de programas de terapia para el adulto mayor, para que exista una continuidad de trabajo.

5.2.2 Recomendaciones Específicas

5.2.2.1 Subprograma de Servicio

- En el trabajo con el adulto mayor se recomienda crear una rutina diaria de trabajo, para la realización de las actividades de vida diaria básicas.
- Es importante crear siempre espacios y tiempos para las actividades de vida diaria instrumentales, que permitirán el trabajo de colaborar en el mantenimiento del hogar.
- Se exhorta a crear un plan individualizado de gimnasia de bajo impacto para el adulto mayor, pues cada uno tiene diferentes necesidades.
- Se recomienda que al momento de crear un programa para el aprovechamiento de los tiempos libres del adulto mayor se incluyan las Actividades Terapéuticas Manuales, recreaciones y especialmente los paseos terapéuticos, ya que demostraron increíbles resultados.

5.2.2.2 Subprograma de Docencia

- Importante tomar nota, de informar al equipo de trabajo de enfermería, de las actividades que realiza el terapeuta ocupacional y recreativo, para aumentar el conocimiento de equipo y manejar una misma línea de trabajo, en beneficio del adulto mayor.
- Buscar e intentar tener contacto con el equipo líder para informar del trabajo realizado, para que la institución y el trabajo caminen en la misma línea y así obtener mejores resultados.

- Como sea posible tratar que las inducciones sean de manera individual, pues se pudo observar que de esta forma la información transmitida era mejor recibida por las personas a capacitar.

5.2.2.3 Subprograma de Investigación

- Se impulsa la idea, que al momento de abordar aspecto de intervención, sea diariamente y no fragmentado un día sí o un día no, esto para obtener los resultados correctos ya que el trabajo con el adulto mayor tiene que ser de diario y constante para obtener un resultado.
- Buscar siempre una bibliografía más específica al tema que se trabaja y no quedarse en lo general, esto ayudará a tener un mejor panorama de lo que se desea investigar.
- Socializar siempre los resultados de la investigación, estos pueden ser de beneficio para el equipo, para trabajar más adelante con los sujetos de investigación o bien de nuevo ingreso o pacientes que inicien con este problema de Alzheimer.

BIBLIOGRAFÍA

Libros y documentos

- CORREGIDOR SÁNCHEZ, ANA ISABEL, "Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología, bases conceptuales y aplicaciones prácticas", apoyado por Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Ergon Madrid, 2010.
- DURANTE MOLINA, PILAR Y PEDRO TARRÉS, PILAR, "Terapia Ocupacional en Geriatría, Principios y Practica" 2da. Edición, Elsevier Masson, 2004.
- Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, documento "Adulto mayor y condiciones de exclusión en Guatemala", ODHAG.
- REDONDO GARCÉS, ÁLVARO, "Terapia Ocupacional .en Alzheimer y otras demencias", Afal, 2005.

Tesis

- BONILLA PENSABENE, EDGAR AUGUSTO, Arquitecto, noviembre 2006, Tesis de Universidad San Carlos de Guatemala "Hogar de Ancianos para el municipio de El Progreso, Jutiapa.
- PAZ ARRAZOLA, SANDRA CAROLINA Y PÉREZ ROSALES, GLENDA GUISELA, Psicólogas, Tesis de Universidad San Carlos de Guatemala "Fortalecimiento de la Salud Mental del Adulto Mayor institucionalizado a través de la terapia de grupo Gestalt".

Páginas Web

- <http://www.vejezyvida.com/actividades-para-residencias-geriatricas/>
- http://www.prensalibre.com/economia/economia-Guatemala_0_530346967.html
- <http://www.elperiodico.com.gt/es/20090214/opinion/90970>
- <http://asogergua.tripod.com/AGG.htm>
- <http://www.institutopotencia.com/gymtedad.htm>