

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



**“IMPORTANCIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y  
RECREATIVA EN EL PACIENTE GERIATRICO”**

***YENI MARISOL DE LEON VALLADARES***

**Guatemala, Octubre del 2008**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“IMPORTANCIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA  
EN EL PACIENTE GERIATRICO”**

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

**POR**

***YENI MARISOL DE LEON VALLADARES***

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE**

**PROFESORA EN TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE**

**TÉCNICA UNIVERSITARIA**

## **MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO**

**Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín  
DIRECTORA**

**Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes  
SECRETARIA**

**Doctor René Vladimir López Ramírez  
Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo  
REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRATICOS**

**Ninette Archila Ruano de Morales  
Jairo Josué Vallecios Palma  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES  
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**

**Madrinas**

**Guadalupe López Gamboa  
Licenciada en Psicología  
Colegiado No. 3,273**

**Bertha Melanie Girard Luna de Ramírez  
Licenciada en Psicología  
Terapista Ocupacional y Recreativa  
Fisioterapista  
Master en Psicología Social y Violencia Política  
Master en Integración de la Discapacidad  
Colegiado No. 673**

**ACTO QUE DEDICO**

**A DIOS**

Por iluminarme con su luz, en este camino de la vida.

**A MI MADRE**

Por su amor y apoyo para conmigo

**A MI PADRE**

Por su apoyo en todos los proyectos de mi vida

**A MIS HERMANOS**

Gracias!!!

**A PABLO LEE**

Todo mi agradecimiento sincero.

**A MIS AMIGOS**

Por darle felicidad y apoyo a mi vida, especialmente a La Loren, Silvita, Rocío, Oscar Calderón, Gaby Padilla y Lic. Jaime Ruiz.

**A MIS MAESTROS**

Muy especialmente a Licda. Guadalupe López Gamboa y Licda. Bertha Melanie Girard Luna, por transmitirme sus conocimientos académicos.

**A TODAS LAS PERSONAS**

Que han sido parte importante de mi vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A:**

**Universidad de San Carlos de Guatemala  
Escuela de Ciencias Psicológicas**

por darme día a día, conocimientos y herramientas necesarias para ser una profesional.

**Mi maestra, asesora y madrina  
Licenciada Guadalupe López Gamboa,**

Por ser una luz, e iluminarme con sus conocimientos a lo largo de mi carrera.

**Mi Revisor**

**Lic. Marco Antonio García Enríquez**

Por su paciencia en la elaboración de esta tesis

**Mis maestros:**

**Licda. Bertha Melanie Girard Luna**

**Licda. Verónica Figueroa**

**Licda. Blanca Peralta**

Por su apoyo y conocimientos transmitidos.

## **INDICE GENERAL**

PROLOGO

### **CAPITULO I**

**INTRODUCCION** **1**

**MARCO TEORICO** **3**

- ✓ Planteamiento filosófico de la terapia ocupacional y recreativa

Qué es la terapia ocupacional y recreativa **7**

Terapias colectivas **8**

- ✓ Actividades de la vida cotidiana
- ✓ Terapias creativas y expresivas
- ✓ Terapia recreativa o social
- ✓ Terapia lúdica o lúdoterapia
- ✓ Gimnoterapia
- ✓ Terapia laboral o laborterapia
- ✓ Terapia industrial
- ✓ La Educación Gerontologica
- ✓ Conceptos Geriatria, Gerontología y Gerocultura
- ✓ Objetivos de la educación gerontológico
- ✓ Derechos de la vejez
- ✓ Situación del anciano en Guatemala
- ✓ Generalidades de la vejez

Teorías sobre el envejecimiento **18**

Enfermedades cognitivas y afectivas de la tercera edad **20**

Importancia de la rehabilitación en geriatría **21**

La psicología del anciano **23**

Trastornos psicológicos más comunes en el paciente geriátrico **25**

Causas frecuentes de trastornos de la marcha **31**

Demencia senil **32**

Delirios de la tercera edad **33**

Patrón de declinación cognitiva en el envejecimiento **34**

La importancia y necesidad de la terapia ocupacional y recreativa en el paciente geriátrico	35
Hipótesis	39
Indicadores Variable Independiente	
Indicadores Variables Dependiente	
<b>CAPITULO II</b>	
<b>TECNICAS E INSTRUMENTOS</b>	<b>41</b>
Instrumentos de recolección de datos	
La observación	
La entrevista	
Cuestionarios	
Pruebas de ejecución	
<b>CAPITULO III</b>	
<b>PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS</b>	<b>44</b>
<b>CAPITULO IV</b>	
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>49</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>51</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>52</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>56</b>

## PROLOGO

La importancia psicosocial que se puede notar en la investigación, es la falta de educación y valores de nuestra sociedad, la cual conduce a los individuos a no asumir la responsabilidad de entender las etapas evolutivas de la vida, y a comprender los diferentes cambios psicobiológicos que conlleva cada una.

A través de la investigación se realizó la verificación de la incidencia de la Terapia Ocupacional y Recreativa en las diferentes áreas como lo son sensorio motriz, afectiva, socio-biológicas, mejorar la calidad de vida en el senescente. Entre otras, y como a través de ellas lograr una mayor inserción del anciano en la sociedad, viéndolo desde la perspectiva de una persona útil y necesaria a la sociedad.

El motivo de la investigación radica en la desvalorización y la marginación que se les hace a las personas de la tercera edad en todo aspecto en una sociedad, como consecuencia del fenómeno capitalista, de esta sociedad consumista; ya que la mayoría de personas piensan que la edad es un impedimento para poder realizar ciertas actividades. Más que todo laborales; tienen un concepto de ancianidad como sinónimo de "discapacidad", lo cual es un error.

La problemática que se les presenta a los adultos mayores institucionalizados, es la falta de libertad, la oportunidad de ser útiles, así como la marginación de la sociedad, en donde el valor social de un anciano esta en relación directa con su valor como fuerza laboral, sin tomar en cuenta la serie de experiencias que podría aportar a la sociedad.

El objetivo central de esta investigación fue mejorar la calidad de vida del paciente geriátrico a través de actividades ocupacionales y recreativas, que desarrollen las áreas afectiva, cognitiva, sensorial, motora, con el fin de mantener una actitud positiva ante la vida y evitando el abandono de parte de los familiares y la desesperación que esto conlleva.

Las ideas centrales se plantearon en función de sensibilizar e investigar las capacidades y habilidades que poseen los ancianos, en la realización de diversas terapias colectivas. Así como el efecto de la terapia ocupacional y recreativa en la esfera afectiva de dicha población.

## ***CAPITULO I***

### **INTRODUCCION**

La presente investigación tuvo como fin, el dar a conocer la importancia de la Terapia Ocupacional y Recreativa en el paciente geriátrico, para la pronta recuperación de los mismos en sus diferentes esferas de la vida, como lo son la cognitiva, afectiva y motora.

Y tomando en cuenta que en la carrera técnica de Terapia Ocupacional y Recreativa tiene muy poca información acerca del tratamiento o técnicas aplicadas al paciente geriátrico, se considera importante la información de esta investigación. De esta forma se podrá proporcionar a los estudiantes de dicha carrera técnica un documento de apoyo para el mejor desenvolvimiento en el área de la geriatría.

La medicina física de donde se originó esta especialidad, la cual tiene como fin la rehabilitación del paciente en diversos aspectos como lo son el físico, psíquico, económico, laboral y social, y a través de la lectura de esta investigación se podrá observar que la Terapia Ocupacional y Recreativa va ampliando su campo de acción tomando en cuenta al paciente geriátrico en sus distintas etapas y afecciones que son característicos de la edad senil, y cuyo objetivo principal de esta investigación es mejorar la calidad de vida de este tipo de personas.

El trabajo que se realizó en la presente investigación se basó en la organización y realización de diversas actividades ocupacionales y recreativas, dentro de las cuales se mencionan: talleres de relajación, gimnasia, baile, terapia lúdica, actividades artísticas, actividades de cocina supervisada, entre otras. Cada actividad fue evaluada con el objetivo de verificar la evolución en las áreas afectiva, cognitiva, sensorial y social de cada paciente.

Entre los aportes que se pretenden dejar están:

Al Hogar de Ancianas San Vicente de Paúl, que se le preste una mejor atención al paciente geriátrico, reconociendo que tiene capacidades conservadas y que no representa una carga para la sociedad. Así como que el centro asistencial con su equipo multidisciplinario logren una rehabilitación integral de cada uno de estos pacientes, ofreciendo a través de la Terapia Ocupacional y Recreativa, una mejor calidad de vida. Y que el estado promueva servicios e inversión social para esta población.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala, poner de manifiesto el conocimiento adquirido llevado a la práctica por medio de esta investigación, demostrando que tiene la capacidad suficiente para preparar profesionales con conciencia social, y que tienen iniciativa y responsabilidad para trabajar con este tipo de personas (adultos mayores).

De esta forma la USAC se proyectará a fin de brindar la ayuda necesaria a través de sus estudiantes, reconociendo el valor psicosocial y la importancia de la ocupación de las personas geriátricas.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas, que a través de la investigación reconozca y dignifique las dificultades y necesidades la importancia del paciente geriátrico y su desenvolvimiento social. Así como que pueda impulsar más investigaciones de este tipo, concientizando tanto a la población estudiantil, como a la sociedad en general que se pueda trabajar con estas personas sin distinción de edades, para realizar aportes, para la construcción de una sociedad justa, solidaria y equitativa.

Al Departamento de Carreras Técnicas, que cada vez hayan más estudiantes que hagan conciencia de la importancia que tienen para estos pacientes el ser tomados en cuenta, y que el departamento de Carreras Técnicas implemente más métodos y técnicas de tratamiento dirigidas a esta población, para que el estudiante pueda crear ambientes agradables e integrativos para los pacientes, con el fin de socializar y reincorporarlos a una vida activa.

## **MARCO TEORICO**

### **Terapia Ocupacional y Recreativa**

#### **1.1. Planteamiento Filosófico de la terapia Ocupacional y Recreativa**

El fundamento filosófico de la Terapia Ocupacional Recreativa estudia el significado de la vida y la importancia del mundo en el cual el hombre se encuentra así mismo.

El objetivo de la Terapia Ocupacional y Recreativa es dar sentido y guía a las acciones de la profesión.

La historia de la terapéutica ocupacional a partir de esta época y relacionada fundamentalmente con su desarrollo en Europa y más tarde en América. A partir del año 1850 se produjo una gradual emergencia de los distintos servicios terapéuticos suplementarios hasta convertirse en profesiones, formándose asociaciones, instituyendo cursos de formación reconociéndose los exámenes de aptitud profesional. En la última parte del siglo XIX, las mujeres empezaron a cursar carreras y, al entrar al nuevo siglo empezaron a ser aceptadas en las distintas profesiones. La guerra de Crimea aceleró el establecimiento profesional de las enfermeras. Pero fue en la Segunda Guerra Mundial cuando la terapéutica Ocupacional empezó a tomar cartas de naturaleza. La terapéutica ocupacional se aplicaba aunque de diferentes maneras, en Irlanda, Estados Unidos, Francia, Alemania, Suiza, Austria, Noruega, Portugal y Bélgica.

En esa época existía, sobre todo en Estados Unidos, una notable controversia acerca de cuál era el mejor nombre para designar al servicio y quién sería la persona más idónea para dirigirlo.

El tratamiento sufría con las fluctuaciones de la popularidad y la aceptación, en parte a causa de su aparente simplicidad y en parte por depender, como sigue dependiendo todavía, en grado excesivo del entusiasmo de los doctores particulares. En el año de 1914, Eva Charlotte Reid sugirió el nombre de "Ergoterapia" proponiéndose además otros nombre tales como "tratamiento Moral", "Trabajos Manuales" y "Ocupaciones de Inválidos", ninguno de ellos verdaderamente descriptivo de sus fines terapéuticos. Finalmente George Barton de Cliftong Springs, creó en término de "Terapéutica Ocupacional" difícil de superar sin lugar a dudas, si se toma en su sentido más completo y amplio.

El problema de las personas que debían desarrollar estos trabajos seguían en pie. En un principio fueron las enfermeras las que se interesaron sobre todo en los enfermos agudos, pero en cualquier caso el enfoque de la enfermera no resulta realmente aplicable a este trabajo, la función de la enfermera reside en proporcionar al paciente unos cuidados especializados y un "Calor de Hogar" en el hospital, e incluso proporcionándole, como en su propia casa, intereses del tipo social y ocupacional, ésta es la función de la enfermera, pero para la aplicación de la verdadera terapéutica ocupacional, el terapeuta visitador debe ser una persona que dirija el tratamiento de aquellos que lo necesitan, acercándose a ellos desde un ángulo totalmente distinto y especializado.

Los instructores vocacionales raras veces poseían "mentalidad terapéutica" aunque es indudable que su habilidad técnica contribuyera de forma útil a la ocupación de los enfermos y a su "tratamiento" cuando actuaban en adecuada colaboración con el terapeuta "consultor". Los mismos médicos estaban muy ocupados y, a menudo, al no poseer mayores conocimientos sobre el amplio campo de las actividades y sobre sus implicaciones físicas y psicológicas, debían limitarse a recomendar la "ocupación" en términos generales.

Entonces, ¿Quién debe llevar a efecto estas prescripciones, más bien amplias e imprecisas, con la debida habilidad técnica y médica, y con los cuidados y la comprensión necesarios?. Gracias al mismo proceso de evolución y experimentación se hizo evidente que la persona debía combinar algunas cualidades de la enfermera y del instructor, demostrar un interés vital por la gente, tener capacidad organizadora y unos conocimientos sobre las enfermedades físicas y mentales y sobre las distintas actividades y sus posibilidades terapéuticas. Una vez efectuada la selección y el entrenamiento basados en tales líneas de planteamiento, surgió el terapeuta ocupacional.

Si bien es cierto que el impulso fundamental de la terapéutica ocupacional tuvo lugar durante la Segunda Guerra Mundial, también en la Primera se utilizó ya esta modalidad de tratamiento, siendo Canadá la nación pionera, seguida de cerca por los Estados Unidos.

En Gran Bretaña, el eminente cirujano Sir Robert Jones mostró su consideración hacia la terapéutica ocupacional, persuadiendo al Ministerio de la Guerra para que estableciera "Centros Ortopédicos". Siendo en uno de ellos donde estableció la primera unidad curativa de este tipo.

Dicho autor escribía:

“Nuestra primera experiencia con la idea de emplear el trabajo como poseedor de cualidades curativas directas sobre la recuperación de las lesiones se inicio en el Shepherd’s Busch Military Orthopaedic Hospital, extendiéndose con rapidez este planteamiento a otros centros. El trabajo ha demostrado ser un colaborador muy estimable. En teoría, nosotros tenemos el poder de imponer a los hombres este agente curativo, pero en la práctica esta facultad no resulta nunca necesaria.

Por otra parte, dependemos mucho del elemento psicológico que haya que tratar en el curso de la recuperación. Aquellos de nosotros que poseen un poco de imaginación no pueden por menos de darse cuenta de la diferencia de atmósfera y moral existente entre los hospitales donde los pacientes no tienen nada que hacer y aquellos en los que, durante una parte del día, los pacientes realizan algún trabajo regular, útil y productivo. Si la profesión o empleo anteriores del paciente resultan convenientes, se le suministran las herramientas que ya conocen, y en caso contrario, se le proporciona alguna ocupación adecuada para su incapacidad que tenga utilidad ocupativa. Esta descripción es un ejemplo admirable del significado de la terapia ocupacional.

Es lamentable, a pesar de todo, que en la última guerra, a pesar de la extensión alcanzada por el tratamiento en los hospitales y servicios de urgencia, no fuera posible muchas veces recurrir a ocupaciones más realistas a causa de perjuicios comerciales. Las actividades terapéuticas se dedicaron al terreno de la artesanía, lo cual resultaba frustrante para los que debían llevar a cabo las prescripciones, dando un realce erróneo al aspecto ocupacional del tratamiento. Además influyó en la apreciación de los médicos sobre sus posibilidades de enseñanza en el sentido de que no podían enseñarse a los estudiantes algo que luego no podrían llevar a la práctica.

Es curioso comprobar cómo el repentino interés demostrado en la Guerra de 1914-1918 no logro mantenerse, hasta a finales de la década de 1920, la terapéutica ocupacional seguía utilizándose más que nada en los hospitales psiquiátricos, a pesar de que el sistema de aplicación del tratamiento como tal no estuviera claramente definido. Algunas de las primeras demostraciones llevadas a cabo por el Dr. J. Iveson Russell, en el North Riding Hospital, de Yorkshire, debiéndose a este último la publicación de primer libro en inglés “El Tratamiento Ocupacional de las enfermedades mentales”.

La primera escuela de terapéutica ocupacional de Gran Bretaña empezó a funcionar en Bristol en el año 1930 en un centro de tratamiento para pacientes neuróticos y sicóticos iniciales.

En los disminuidos físicos, se inauguró un taller curativo para pacientes ambulatorios que necesitaban tratamiento físico.

Gracias a esta demostración y a la experiencia de Shepherd´s Busch, El Ministerio de Sanidad se decidió a establecer talleres de rehabilitación en sus servicios médicos de urgencia de los hospitales, a los que ya nos hemos referido anteriormente al hablar de la Segunda Guerra Mundial.

La década de 1930 a 1940 fue de progreso e integración y significó el paso a la expansión de los años venideros. En el año de 1934, tuvo lugar la primera conferencia inglesa sobre la terapéutica ocupacional, y en 1936 se formó la Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Inglaterra, (la de Escocia, que ya se había creado en 1932, fue reestructurada en 1946). En el año de 1938 tuvieron lugar los primeros exámenes públicos de la asociación inglesa, y al estallar la guerra se produjo una expansión acelerada y algo febril del campo físico de la terapéutica. Se organizaron cursillos castrenses para aquellos que estaban en posesión de títulos afines, tales como enfermeras, fisioterapeutas y expertos en determinadas ocupaciones de tipo técnico. A todos ellos se les "injertó" a cursos intensivos, consiguiéndose de esta forma mantener la enseñanza de alto nivel y satisfacer las exigencias de trabajadores calificados. En el año de 1943, la Asociación de Inglaterra quedó incorporada, y en 1951, se creó la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, cuyo primer congreso internacional tuvo lugar en 1954 en Edinburgh, el segundo en Copenhagen en 1958, el tercero en Filadelfia en el año 1962, y el cuarto en Londres, en 1966. <sup>1</sup>

La función del terapeuta ocupacional ha ido definiéndose cada vez más. Los terapeutas ocupacionales trabajan en variedad de esferas cada día mayor. Es conveniente que los estudiantes de terapia ocupacional sigan un curso de entrenamiento básico.

Es de suma importancia que los terapeutas ocupacionales escriban y publiquen más acerca de su trabajo, o en conjunto con otros colegas de los equipos de rehabilitación. Las claves del tratamiento están en su

---

<sup>1</sup> E.M. Mcdonal, *Terapia Ocupacional En La Rehabilitación*, Editorial Salvat, Segunda Edición, España (1979) actuales págs. 10,11,12,13, capítulo 1.

selección cuidadosa y en su aplicación apropiada y especializada de los equipos de rehabilitación.

Las claves del tratamiento están en su selección cuidadosa y en su aplicación apropiada y especializada. Los terapeutas ocupacionales utilizan la música, el arte y el trabajo industrial de todo tipo, como parte de su tratamiento ya que muchos de ellos están altamente calificados tanto en estas como en otras técnicas especializadas.

Vale la pena que todos los terapeutas ocupacionales estemos seguros de que la "salud" y el "bienestar" del paciente tengan un lugar de preferencia en nuestro trabajo como lo tuvieron para los pioneros iniciales de los que ha llegado a ser una profesión diferenciada.

## ***1.2. Qué es la Terapia Ocupacional y Recreativa***

El término Terapia Ocupacional y Recreativa son un poco difíciles de delimitar, ya que el contenido del mismo es muy amplio y tiene mucha relación con otras disciplinas, pero podemos nombrar a grandes rasgos su significado diciendo que: La Terapia Ocupacional y Recreativa son consideradas como el arte de dirigir la participación del hombre en algunas tareas seleccionadas para reforzar, acrecentar y restaurar su cumplimiento, facilitando el aprendizaje de las diversas habilidades y funciones para una mejor adaptación y productividad y así poder mantener la salud.<sup>2</sup>

En el estudio de los límites con disciplinas próximas como la fisioterapia, la logoterapia, logopedia y la psicoterapia pueden ser un instrumento útil.

La terapia Ocupacional y Recreativa es un tratamiento de rehabilitación, cuyo fin es la adaptación del paciente, por medio de un método de tratamiento cuya misión es apoyar al paciente a valorar su problema. En esta disciplina se estimula al paciente en sus actitudes vocacionales hacia fines productivos en los cuales no se exige rendimiento sobre el trabajo realizado.

Con el paso del tiempo la Terapia Ocupacional y Recreativa ha ido evolucionando y ampliando sus campos de acción entre los que se encuentra en el campo del aprendizaje, geriatría, psicología clínica y rehabilitación.

---

<sup>2</sup> *Dr. Heliodoro Ruiz García "La Terapia Ocupacional y La Laborterapia en las Enfermedades Mentales", capítulos I y II, pags. 19-58. Año 1972*

La Terapia Ocupacional y Recreativa utiliza técnicas activas. Entre las más conocidas y utilizadas podemos mencionar:

### **1.3. Terapias Colectivas**

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

Dentro de la estructuración de las terapias colectivas debemos distinguir varias etapas de distinta duración y significación diferentes:

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

La segunda etapa *o etapa de apertura de puertas* o de descarcerización en la que una vez normalizado el medio de vida del enfermo hospitalizado se comienza un completo ensayo de readaptación socio-laboral.

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

La tercera etapa o socioterapia, entendiéndola por socioterapia cuando la amplitud de las readaptaciones se extiendan a un núcleo de habitantes de una ciudad pequeña, es decir se realiza una socialización de toda la vida hospitalaria, en la que los pacientes desempeñan papeles en una vida social de proporciones reducidas, como si se tratara de una pequeña ciudad, pero desempeñando los pacientes funciones reales, e incluso con el beneficio pecuniario correspondiente al trabajo realizado.

Todo el esfuerzo de esta terapia va dirigida a revalorizar y personalizar a los pacientes

Constituye para la mayor parte de los pacientes tratados en el hospital la única terapia que siempre les hace bien y casi nunca les perjudica. Toda terapia que no se apoye sobre la socio terapia resultaría ilusoria.

La cuarta etapa o etapa del *Tratamiento de los grandes estados defectuales psiquiátricos*. Un grave peligro de toda institución hospitalaria numerosa es la que habituada a una organización y una

forma de desenvolvimiento rutinario, caiga en el peligro del hospitalismo. Este hospitalismo es un peligro mínimo comparado con el abandonismo hospitalario. Son los pacientes en general más abandonados y a ellos debemos dedicar nuestro máximo esfuerzo, pues tienen en realidad necesidad de una máxima ayuda, similar a la que precisaría un niño o un paralítico. Así nace la cinesiterapia psiquiátrica.

La quinta etapa o etapa del *Perfeccionismo de la terapéutica de readaptación*, en la cual las preocupaciones de seguridad se desplazan a un último plano, mediante el sistema de *puertas abiertas*. Se logra al máximo las especializaciones terapéuticas de readaptación elemental y superior, individual y colectiva, e igualmente de la geriátrica.

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

Las terapias colectivas engloba las terapéuticas sociales, recreativas, lúdicas, gimnoterápica, terapéutica ocupacional, laborterapia ó terapia laboral y terapia industrial intra y extrahospitalaria.

Se define como toda actividad de recreo del trabajo, aplicada de un modo preciso, con el fin de colaborar en el tratamiento, y acelerar la recuperación del paciente.

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

#### **1.4. Actividades de la Vida Cotidiana**

Son las acciones a las que se dedican las personas a su cuidado personal, siendo así aceptados por nuestro aspecto, como la forma de vestir, nuestra higiene personal, donde influye la impresión que causemos en los demás, nuestro aspecto personal en el reflejo de nuestros sentimientos hacia nosotros mismos. El trabajo del terapeuta ocupacional es el de proporcionar técnicas para poder desempeñar las actividades más importantes que le resulten al paciente, viéndose obligados a organizar sus actividades cotidianas. El fin del terapeuta

ocupacional y recreativa es darle la mayor autonomía dentro de las discapacidades físicas y mentales que el paciente tenga.

Entre las actividades de la Vida Cotidiana encontramos:

### **Higiene**

En este tipo de actividad, el paciente debe ser independiente, si le es un poco difícil realizarlo solo, es necesario contar con un asidero, ya que el lugar de baño es húmedo y resbaladizo, así como también contar con pasamanos y una extrilla antideslizante para ancianos.

En el cuarto de baño es necesario contar con una silla para que el paciente pueda realizar con mayor facilidad dicha actividad de limpieza, así como tener una altura adecuada, y todos los utensilios necesarios para la ducha.

Para facilitar todas las actividades de limpieza personal es necesario adaptar mangos más gruesos y largos a los instrumentos que puede utilizar (cepillos de dientes, cepillos de cabello y rasuradoras) para otras actividades.

### **Vestido**

En el área de vestirse y desvestirse, la menos complicada es la de desvestirse, ya que la gravedad está a su favor, cada paciente busca el mejor método que le resulte más fácil para realizar esta actividad. Cuando se le resulta al paciente un poco difícil realizar esta actividad, se debe realizar algunas modificaciones en algunas prendas como lo son, poner velcros en lugares de cierre (zipper), broches en lugar de botones en prendas como vestidos, pantalones y camisas, el calzado debe ser de peso liviano, cómodos y fácil de poner.

Con el paso del tiempo el paciente va adquiriendo práctica en la actividad de vestirse y desvestirse, con lo cual se sentirá dependiente en esta actividad.

### **Alimentación**

Una de las actividades esenciales para el paciente es su alimentación y preparación de sus alimentos. El trabajo del terapeuta ocupacional y recreativo es devolver la independencia del paciente en dicha área, por medio de adaptaciones a los diversos instrumentos utilizados en la cocina, estos deben ser bien escogidos, según la conveniencia del paciente, para que los instrumentos escogidos le sean funcionales en la cocina.

### **1.5. Terapias Creativas y Expresivas**

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

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

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

Entre las actividades terapéuticas manuales que podemos mencionar se encuentran:

#### ***Cestería***

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

#### ***Cerámica***

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

### ***Carpintería***

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

### ***Escultura***

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

## ***1.6. Terapia Recreativa o Social***

Las actividades recreativas son cualquier actividad en la cual el paciente ocupa voluntariamente un poco de su tiempo libre o de ocio, que provoque en él un descanso y una satisfacción directa que le ayude al desarrollo integral de su personalidad. En principal objetivo de esta actividad es la distracción y descanso, ya que por medio de esta el individuo sale de la rutina disminuyendo su depresión y opresión.

Por medio de la recreación se logra la relajación del individuo donde sea que este se encuentre, viene a equilibrar la vida del mismo en una forma agradable, rompiendo con la rutina de su diario vivir.

Las terapias recreativas son las actividades sociales y de recreo las cuales tienen un fin terapéutico. La recreación la podemos calificar de la siguiente forma:

### ***Recreación Activa***

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

Según el lugar donde se desarrollen estas actividades pueden ser:

#### **Actividades en el Interior**

Son actividades que se realizan en lugares cerrados, se debe dar a conocer que las actividades al aire libre también pueden ser adaptadas para realizarse en lugar cerrado. Se pueden realizar actividades como baile, canto y pintura entre algunas otras.

## **Actividades al Aire Libre**

Son actividades que se realizan en un campo abierto, pueden ser de mucho beneficio si la población con que trabajamos se encuentran en un lugar cerrado. En este lugar se pueden realizar actividades deportivas y lúdicas.

## ***Recreación Pasiva***

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

## ***Técnicas Colectivas***

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

## ***Socio terapia***

Es la terapia de recreo y reacciones sociales de forma creativa, en donde su objetivo primordial es la reinserción social del paciente por medio de actividades como ludoterapia, baile, cine, teatro, entre otras.

### ***1.7. Terapia Lúdica o Ludoterapia***

Es la terapéutica del juego. Es una actividad que se desarrolla participando tanto a nivel del pensamiento, de la fantasía como de la realidad. Es una forma de aprendizaje, de tomar contacto con la realidad, a la vez que sirve de liberación de energías reprimidas que no serían toleradas a un nivel de realidad. Se aprende jugando a cooperar y establecer relación con los demás hacia un fin común, a la vez que se aprende a expresar agresividad. Podríamos decir que a través del juego es un aprendizaje a vivir en la sociedad realizado de una forma gratificante.

### ***1.8. Gimnoterapia***

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

en grupos bien adquiridos. Constituye una preparación previa a la terapia por el trabajo.

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

### ***1.9. Terapia Laboral o Laborterapia***

Es aquella terapéutica médica encaminada a lograr el aprendizaje por un paciente, de un oficio o una labor determinada, teniendo en cuenta su capacidad, experiencia, inclinaciones y oportunidades.

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

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

### ***1.10. Terapia Industrial***

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

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

## **La Educación Gerontológica**

### ***1.11. Conceptos Geriatría, Gerontología y Gerocultura***

Geriatría: Estudio de las enfermedades de la vejez y su tratamiento.

Gerontología: Estudio científico de los fenómenos de la vejez normal.

Gerocultura: Estudio de la permanente adaptación, al cambio mediante la educación para la vejez.

### ***1.12. Objetivos de la Educación Gerontológica***

Su objetivo primordial de acuerdo con las recomendaciones de la ONU, la conferencia Latinoamericana y del Caribe de Gerontología y el mensaje de la organización mundial de la Salud de 2002, es que la senectud se viva activamente, con los sufrimientos y pérdida de autonomía posibles, para lograr una calidad de vida digna.

Otros de sus objetivos incluyen: fomentar una actitud humana y positiva hacia la persona anciana, saber observar los cambios relacionados con la edad, comprender la importancia de la libertad para el anciano, actuar como educador y aprender a trabajar en equipo con sentido interdisciplinario.

### ***1.13. Derechos de la Vejez***

Entre ellos se debe garantizar al anciano: Salud y Nutrición, Trabajo, Jubilación y Medio Ambiente, Educación, Recreación, servicios sociales y protección legal.

En relación al derecho a la educación gerontológica, deberá impartirse dentro de la población senescente para el conocimiento de la vejez y sus problemas especialmente en la etapa que comprende la tercera y cuarta edad.

### ***1.14. Situación del Anciano en Guatemala***

Los ancianos indigentes siguen esperando en el más reprochable estado de vergüenza social, que sean reconocidos sus derechos legales o al menos que se les otorgue un poco de consideración como seres humanos.

La pérdida de trabajo, sea por imposibilidad de ingreso o por retiro forzoso, afecta marcadamente al anciano, por influir directamente en la

privación de un estatus de un prestigio y de un respaldo social y económico.

Al referirse al retiro laboral por jubilación, Uribe señala que "ser pensionado es una suerte que nadie desearía, porque en términos generales ello significa trabajar toda una vida, para una empresa particular o para el estado, y no tener al final una pensión cumplida que le permita vivir con mínima dignidad".

En cuanto a la jubilación por parte del Estado, esto significa comenzar a morir sin ni siquiera con las modestas cuotas mensuales a que tiene derecho el trabajador después de toda una vida de desgaste físico y mental al servicio de su institución, pues no se le paga su pensión oportunamente.

En relación con la empresa privada, la jubilación tiende a desaparecer, pues antes de que se cumpla el tiempo requerido para ello, ya se tiene programado en muchas, los despidos de sus trabajadores, para evadir el compromiso jurídico-laboral.

Quienes tienen la fortuna de alcanzar la jubilación, se retiran del trabajo sin ninguna preparación para ello y se encuentran con un mundo "extraño", donde por su edad avanzada, las relaciones familiares, sociales y económicas le son totalmente adversas, conduciéndolo a la depresión y terminando, la mayoría de las veces en una muerte prematura.

Refiriéndose al estrés del post jubilado, el español Garay Lillo, afirmo lo siguiente: "La jubilación hay que prepararla igual que preparamos nuestra boda, nuestra casa, nuestro automóvil antes de un largo recorrido. Cuando uno siente que ha sido todo y de repente ya no es nada, ya no es importante para su negocio o actividad habitual,, entonces entra en un estrés y una depresión profunda. Las estadísticas de las compañías de seguros demuestran que la mayor parte de los fallecimientos de los post jubilados ocurren entre los seis meses y dos años después de haberse jubilado, precisamente por no haberse adaptado a esa nueva vida. Todas las empresas e incluso el Estado, debieran desarrollar con sus empleados, cursos de preparación para la jubilación."<sup>3</sup>

Son muy pocas las empresas que en Guatemala preparan a los pre jubilados, para afrontar su nueva situación y una vez desvinculados de su trabajo, las relaciones con ellos son casi nulas. Se requiere pues, una política más decidida al respeto y un presupuesto acorde con las necesidades del pre-jubilado en todas las empresas.

El anciano indigente, que nunca tuvo un empleo válido para su jubilación y abandonado por su familia se encuentra en una situación mucho más lamentable; algunos viven en condiciones infrahumanas

---

<sup>3</sup> Garay Lillo "Stress en el Post jubilado" Primer Congreso Colombiano, 1983. Pag.23

reducidos a la mendicidad bajo la indiferencia de la sociedad y las autoridades quienes aducen impotencia para tratar siquiera el problema.

Los ancianos que tuvieron la suerte de ser admitidos en los pocos hogares de bienestar al anciano existentes en el país, se encuentran en condiciones menos desfavorables pero también a la misma situación socioeconómica de esos centros, la que en su mayoría es deprimente por su escaso presupuesto y casi nula atención estatal; de allí con la Educación Gerontológica aplicada al anciano en estos hogares.

Una población relativamente joven como es Guatemala, y que por razones socioeconómicas y culturales ve degradarse cada vez con mayor acento la humanidad de las personas que llegan a edad avanzada bajo la insensibilidad general, no puede concebir a la ancianidad como una etapa de la vida a la que todo individuo debiera venerar.

### **1.15. Generalidades de la Vejez**

Varios autores dedicados al estudio del anciano analizan diversos factores que inciden en la situación personal y social en que éste se encuentra. Es así como Wolterek, considera que : "La situación del anciano era diferente a la actual, ya que anteriormente se sentía más tranquilo y seguro, debido a que se le respetaba su experiencia la cual se le confería una jerarquía elevada dentro de la estructura social".<sup>4</sup>

Esto se conserva en algunas zonas rurales donde el anciano tiene funciones que le son útiles a la comunidad donde se desenvuelve, lo que le permite mantener un rol definitivo.

Cardona, sin fecha, citado por Echeverry, analiza este aspecto y afirma que: "El predominio del desarrollo urbano parece estar correlacionado con las actitudes de desprecio hacía la vejez. Este fenómeno se acentúa aún más en los países subdesarrollados donde la población activa y productiva es la más importante, pues a cada individuo le corresponde en promedio mantener tres personas que forman parte de la población dependiente, menores de 15 años y mayores de 55 años, el anciano pertenece a esta población, ya que pierde su autonomía en su comportamiento, en tomar decisiones y además deja de ser productivo, por lo que es rechazado socialmente".<sup>5</sup>

El anciano soportaba pérdidas a nivel de su familia y amigos, lo que acarrea la sensación de soledad y aislamiento. Se ha considerado

---

<sup>4</sup> H. Wolterek, "La Vejez la Segunda mitad de la Vida" Edit. Fondo de Cultura Económico, México 1990, Pg.39.

<sup>5</sup> M.V. Tellez, "El año internacional de la Vejez, Ojalá no sea otro más", Edit. El Espectador, Mexico90, pag18

que la vejez es una progresiva desvinculación de los sistemas sociales, puesto que disminuye la alternativa de interacción y actividad. Zimberg y Kaufman, al respecto afirman que "La vejez no es solo un estado de deficiencia funcional progresiva, sino que se desarrolla dentro de un medio que se torna cada vez más desfavorable para el individuo".

Rapaport, citado por Katz, anota cuatro razones por las cuales el anciano se considera una persona infeliz "se le aparta de las actividades, se disminuye su fortaleza física, se le priva de los placeres y están a corta distancia de la muerte".

Todos estos factores llevan al anciano a presentar el abandono de la familia, de los amigos y un cambio brusco en la vivienda. Milleson, agrega "así el anciano al sentirse marginado auto elimina aún más sus capacidades, de tal manera que elimina los medios para atraer la atención social, produciendo la llamada ansiedad condicionada, por la supresión del medio ambiente".

Muchos ancianos no habrían acelerado su proceso de envejecimiento si estuvieran mejor rodeados, si se hubiese hecho todo lo posible para proteger su vida física y emocional, es necesario que el rol que desempeña el anciano éste basado en una motivación a fin de que no se vea frustrada la necesidad de estima y prestigio, ya que ser útil para alguien o algo no es una reivindicación carente de razón y, sin embargo, está muy lejos de verse satisfecha en el caso de los ancianos.

Según Cavalier "La vejez, en realidad es un estado, no es estrictamente la resultante de calendarios despojados. Es el producto de un rendimiento, un desgaste continuo, inexorable que se presenta, más tarde o más temprano".<sup>6</sup>

La vejez es solo un nombre asignado a un periodo de la vida dentro de un continuo desarrollo, envejecimiento, que se inicia con la vida misma, y obviamente, no admite cortes definitivos ni menos cronológicos; esta es la razón por la que no puede haber unificación de criterios para considerar el inicio de la vejez.

### **1.16. Teorías sobre el Envejecimiento**

En las teorías del envejecimiento se ha dado mucha importancia a las estructuras genéticas de las especies animales y vegetales por lo que las modalidades del envejecimiento estarían predeterminadas y la muerte correspondería a una auto extinción programada. A esta

---

<sup>6</sup> J.E. Cavalier, *Primer Seminario Nacional sobre el Anciano, Colombia 1973, Pg. 55.*

estructura genética también llamada código genético, se superponen las alteraciones por causas extrínsecas o intrínsecas, como enfermedades hereditarias o adquiridas, respectivamente, los agentes lesivos de naturaleza física, química, mecánica, etc.

Según *la teoría de las mutaciones*, durante el envejecimiento se producen cambios celulares espontáneos con modificaciones morfológicas y funcionales que determinan las funciones de las células, y por tanto de todo el organismo.

Suele llamarse teoría clona o mutacional del envejecimiento; las clonas o familias celulares que se forman después de las mutaciones pueden tener desventajas respecto a las células originales, cuando aparecen condiciones poco favorables a la homeostasis y supervivencia del organismo. Así podría explicarse la llamada muerte por envejecimiento o vejez en sentido estricto.

*La teoría auto inmunitaria* considera que durante el envejecimiento las células producen sustancias anormales que no son reconocidas por las células inmunocompetentes, sobre todo los linfocitos y las células plasmáticas y cebadas.

Se forman anticuerpos contra esas células alteradas que serían destruidas o sufrirían lesiones irreversibles con deterioro de las funciones orgánicas, como se observa en el organismo senil.

La antigua *teoría de uso y consumo* se basa en que cada organismo existe una determinada reserva de energía no renovable y que una vez se agota se presenta la degeneración y la muerte.

*En la teoría de acumulación de productos de desecho* se considera que el acopio de determinadas sustancias, como la lipofucsina, es perjudicial para las células y los tejidos, determinando las alteraciones del envejecimiento. Ello ocurre principalmente en algunos órganos como hígado, corazón, y cerebro, al parecer se debe a procesos de peroxidación lipídica a cargo de organelos, en que se lleva a cabo los procesos enzimáticos celulares.

*La teoría nerviosa* del envejecimiento es más importante aun; las células nerviosas sufren destrucción lenta pero progresiva en el curso de su existencia, pero al contrario de otras no se renuevan ni son sustituidas por nuevas células. En todos los órganos llegan a desaparecer la acción reguladora del sistema nervioso sobre la homeostasis y ello explicaría también las alteraciones morfológicas y funcionales que caracterizan el envejecimiento.

### **1.17.. Enfermedades Cognitivas, Afectivas de las Tercera Edad**

Casi todas las funciones cognitivas se declinan con la edad, una vez que llegue a la edad adulta, igual que las habilidades físicas. Sin embargo todos los músculos mentales, se marchitan al mismo ritmo y es importante sopesar los efectos negativos de las habilidades mentales reducidas contra el efecto positivo de la experiencia. Por esta razón, aunque con la edad puede declinar la ejecución de pruebas psicológicas para labores particulares de la vida real suele ser más importante que la experiencia relevante de una persona que la calificación en una prueba cognitiva.

Para comprender las actividades cognitivas que declinan más que otras, es necesario dividir la cognición en componentes o dominios. Desde fecha reciente se ha hecho costumbre valorar los indicios siguientes de actividades cognitivas.

- *Funciones Ejecutivas:* Capacidad para plantear, resumir principios a partir de ejemplos de un conjunto, cambiar conjunto y conservar opciones constantes en la memoria del trabajo.
- *Atención y Vigilancia:* Capacidad para seleccionar estímulos importantes para procesamiento adicional y responder a concentrarse en labores específicas en períodos prolongados.
- *Aprendizaje y Memoria:* Habilidad para adquirir nueva información y recordarla cuando se requiere. Esta habilidad al parecer difiere y tal vez sigue reglas específicas de la información espacial y codificada verbalmente.
- *Funciones Intelectuales:* Capacidades analíticas, fondo de información, vocabulario y efectividad del procesamiento de información compleja. Al parecer, estas habilidades también difieren de las funciones verbales y espaciales.
- *Funciones Sensorio-Motoras:* Agudeza de los sentidos, rapidez y precisión de las respuestas motoras.

De estos demonios de la conducta, se ha comprobado una declinación relacionada con la edad de procesamiento de la atención, la memoria, las funciones intelectuales y el dominio sensorio motor, en particular la rapidez motora.

#### **¿Qué causa los cambios en el funcionamiento cognitivo relacionado con la edad?**

Con mayor probabilidad, la declinación cognitiva que acompaña el envejecimiento se relaciona con la función cerebral y de hecho se ha comprobado cambios anatómicos y fisiológicos del cerebro con el

envejecimiento normal. Durante este último proceso se reduce el volumen cerebral y la disminución del volumen del tejido del cerebro se acompaña de un aumento del líquido cefalorraquídeo. Este hecho se demostró al inicio por mediciones directas de cerebros, utilizando el método antiguo de Arquímedes para medir el volumen del líquido desplazado en el cual se sumerge el cerebro. En fecha más reciente, se ha utilizado la tomografía por computadora y las imágenes de resonancia magnética para medir el volumen cerebral. Estos métodos se basan en la segmentación mediante computadora de tejido dentro del cerebro, que proporcionan imágenes de diferentes intensidades.

Quien conserve alta estima proyecta un carisma especial, irradia en su entorno lo que lleva dentro (alegría serena, bondad y amor).

El reflejar sensación de plenitud en el otoño de los años, cuando se vuelve la mirada hacia atrás y los años recorridos han hecho historia que leemos en nuestro diario, donde hay tantas páginas alternas con triunfos y fracasos, penas y alegrías, inviernos y primaveras, porque la vida es un racimo de vivencias y si aún así no se tiene desasosiego y debilidad, es porque se aprendió a vivir.

Caído el árbol dobla sus ramas; pero mientras vive permanece erguido, así, si su corazón palpita, vale y por lo que es, no por lo que posee y aunque ve ahondarse los surcos que marcan su rostro como huella del paso del tiempo cuando tropieza donde antes caminaba firme, se siente tembloroso ante el frío de los años, cuando la memoria falla y la voz no se escucha, cuando las piernas y las manos nos dan seguridad, los dolores se multiplican y las neuronas nos traicionan, cuando se tiene que suplicar sin mostrar irritación, recuerde que en el interior en lo más profundo yacen los sentimientos que no envejecen y que la riqueza espiritual aumenta la que se puede aprovechar en la voluntad de vivir o en deseo de destruirse.

No hay dos seres iguales, cada uno tiene su propia identidad, somos irrepetibles.

La vejez requiere de valentía, muchos al sentir que la vela se va consumiendo, se distancian,, porque presienten que su fin se va acercando, el valor que se necesita, debe ir desarrollándose desde la juventud, así no habrá desesperación en el descenso de la vida.

### ***1.18. Importancia de la Rehabilitación en Geriátrica***

La rehabilitación es muy importante en el campo geriátrico ante todo. Los ancianos sufren un deterioro progresivo de diversas funciones orgánicas, llegando a un estado de incapacidad, de insuficiencia

funcional, susceptible, por tanto, de medidas adecuadas de rehabilitación, reactivación y reeducación.

Además, la rehabilitación es necesaria sobre todo en padecimientos que alteran la función motora, como las vasculopatias cerebrales y las enfermedades del aparato locomotor.

Lo anterior es válido principalmente en trombosis cerebrales, artrosis y otras afecciones del aparato locomotor que se observa con particular frecuencia en ancianos.

El objetivo de la rehabilitación en enfermedades del aparato locomotor, inclusive en ancianos, es evitar que se adopten posturas viciadas, deformaciones, anquilosis y atrofia muscular ósea.

Antes de iniciar la rehabilitación es necesario someter a los pacientes a un estudio completo, que incluye interrogatorio y exploración física. Además, debe valorarse la capacidad física de los sujetos en rehabilitación considerando el desgaste energético del trabajo que se llevará a cabo.

En la terapéutica ocupacional se efectúan ejercicios recreativos producidos, en el sentido de que no son un fin en sí mismos, sino que sirven para que un individuo haga objetos útiles para él y los demás. Las personas de edad avanzadas pueden aburrirse al realizar ejercicios monótonos, pero en cambio se apasionan e interesan por actividades productivas o creativas, aunque saben que son ejercicios para recuperar sus funciones.

La rehabilitación en varias de las ramas, no debe de considerarse suficiente por sí misma, sino una parte de las medidas de reeducación del anciano que permite reintegrar a quienes, después de una enfermedad invalidante, quedan alejados o marginados de la vida activa en todos los aspectos.

Este es el enfoque de la rehabilitación en sentido estricto, con el uso cada vez más amplio de auxiliares para la vida cotidiana, que forman parte del equipo normal de un instituto o departamento geriátrico pero también son parte integral de la rehabilitación.

En aquí donde se lleva a la práctica todo lo imaginado, una realización de ideas útiles y necesarias en la asistencia de los ancianos, para satisfacer sus necesidades y prevenir sus deseos, muy a menudo no son expresados; en otras palabras, para que su vida en la colectividad, incluyendo el ambiente familiar, sea menos amargo, aún cuan padecer enfermedades invalidan.

Por esta razón los departamentos geriátricos en que se intentan los criterios modernos de la geriatría activa y la rehabilitación, los enfermos deben dejar la cama con la mayor brevedad y pasar casi todo el día en el gimnasio de rehabilitación, que son en realidad el centro más importante del instituto geriátrico.

Se ha insistido sobre todo, en los medios que permiten al anciano abandonar el lecho y caminar solo por los corredores y salas del instituto y que le dan seguridad en sí mismo y confirman su autosuficiencia; muchas veces fáciles de realizar, económicos y muy importantes para la recuperación del anciano minusválido.

En la rehabilitación y la terapia ocupacional en sentido estricto, es decir con organización del tiempo libre del anciano, se incluyen todas las iniciativas culturales para estimular sus actividades intelectuales, comenzando con la universidad de la tercera edad, cursos reservados para estas personas.

Todo lo anterior forma parte de la rehabilitación que contribuye a dar seguridad al anciano; por otro lado, también se incluyen medios que contribuyen a hacer grata la vida, el cuidado de los factores ambientales en la casa y hospital, con ventilación y calefacción, colores adecuados, cuadros, plantas, flores, espacios verdes exteriores.

### **Fases de la Rehabilitación**

La rehabilitación se incluye en varias fases de la asistencia al anciano enfermo; en los agudos, se aplica la terapia ocupacional y logoterapia, en tanto en los crónicos predominan las medidas de terapia ocupacional aunadas a las intervenciones de orden socio psicológico iniciadas en las fases precedentes.

En las casas de reposo debe proporcionarse, sobre todo, terapia ocupacional en forma paralela. En hospitales diurnos las instalaciones para rehabilitación ocupan un lugar privilegiado, junto con el equipo para asistencia extrahospitalaria al anciano, con las ventajas que caracterizan a la hospitalización.

#### ***1.19. La Psicología del Anciano***

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

La disminución general de las aptitudes sensoriales (principalmente de la vista y el oído), así como las dificultades motrices, aumentan la limitación de la actividad. La patología somática

intercurrente (respiratorias, cardíacas, digestivas, reumáticas) repercuten sobre el psiquismo del individuo y limita las posibilidades de actividad creadora.

Lo mismo sucede con los problemas sexuales, que no desaparecen con la edad, pudiendo incluso adquirir carácter obsesivo a causa de su insatisfacción.

Esta disminución de aptitudes se complica en la modificación de las relaciones sociales y familiares. La jubilación hace perder al hombre su automatismo profesional y le pone, bruscamente, en citación de inactividad. Esto provoca siempre un cambio en la vida matrimonial al aumentar las horas de vida común, acentuándose así los diversos puntos de fricción. Al mismo tiempo disminuyen los ingresos y, sin embargo no disminuyen las necesidades. A estas dificultades personales se añaden frecuentemente problemas familiares con los hijos; los ancianos son frecuentemente mal tolerados por los matrimonios jóvenes lo que hace que su situación sea dolorosa, que la interpreten como un abandono y no se resignen. Muy pocos son los ancianos que encuentran una nueva actividad que corresponda a su edad y con ello un nuevo equilibrio social y familiar, conservando así una autonomía afectiva. Cuando lo consigue es porque tienen una personalidad fuerte y también tal vez porque su envejecimiento fisiológico es menor que su envejecimiento cronológico.

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

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

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

El anciano tiene ciertas dificultades para adaptarse a nuevas situaciones. Inconcientemente evoluciona hacia el egocentrismo, que contrasta generalmente con sus tendencias anteriores y que le fija en

las situaciones presentes, exagerando sus sentimientos de propiedad y haciéndole a la vez desconfiado, avaro y contradictorio.

Realmente, el estudio de la psicología del hombre que envejece es muy complejo. Al margen de la visión de conjunto, para estudiar con más intensidad algún aspecto concreto podemos, por ejemplo, estudiar la influencia de la edad sobre la desorganización del espacio visual. Neurológicamente, lo más interesante de esta desorganización consiste en la agnosia visual-espacial y en la apraxia constructiva, aunque psiquiátricamente podemos integrar mejor los trastornos de las funciones del conocimiento.

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

### ***1.20. Trastornos Psicológicos más Comunes en el Paciente Geriátrico***

La involución neuronal, evidenciada por una disminución del tamaño del perikarion, del núcleo, del nucléolo y del árbol dendrítico, representa un evento relativamente común asociado con el envejecimiento. Estos cambios han podido objetivarse, por ejemplo, en los grupos celulares colinérgicos del cerebro basal (núcleo basal magno celular de Meynert, núcleo de la banda diagonal de Brocca, núcleos septales), así como en los núcleos de las células aminérgicas del tronco encefálico (por ejemplo sustancia nigra, locus coeruleus, núcleos del rafe). Dichos cambios están condicionados por influencias genéticas, sistemáticas y ambientales.

Los estudios realizados en cerebros seniles evidencian la acumulación intracelular de pigmentos del tipo de la lipofucsina y de la neuromelanina, así como otros cambios neuropatológicos: atrofia de la arborización dendrítica y aparición de placas seniles y degeneración neurofibrilar focalizada en algunos de los grupos celulares del hipocampo.

Durante la última década se ha asignado una enorme cantidad de recursos económicos y humanos a la investigación de las bases neurobiológicas del envejecimiento cerebral normal y de los procesos demenciales.

Este gigantesco esfuerzo ha permitido comenzar a develar algunos de los fenómenos básicos que subyacen a los procesos de abiotrofia y degeneración neuronal.

Existe consenso, por ejemplo, en que el envejecimiento cerebral se asocia a una progresiva reducción de la eficiencia del sistema de fosforilación oxidativa probablemente vinculada con el daño estructural del ADN mitocondrial.

Entre otros efectos, esta pérdida de eficiencia del metabolismo oxidativo compromete la síntesis y la regulación de segundos y terceros mensajeros celulares y modifica la actividad de diversos sistemas enzimáticos (la fosforilación de proteínas microtubulares) con la consecuente alteración del cito esqueleto neuronal, del flujo axonal y de la homeostasis de diversos electrolitos, particularmente del calcio. El déficit energético, por otra parte, puede conducir a la despolarización parcial de las membranas neuronales y a la activación de receptores voltaje-dependientes como el receptor NMDA, relacionado con el efecto citotóxico mediatizado por los neurotransmisores excitatorios (por ejemplo el ácido glutámico).

Durante el curso del envejecimiento cerebral se observan, además, cambios significativos en la cantidad y distribución de distintos neurotransmisores y neuromoduladores como los que constituyen los sistemas de proyección colinérgicos, dopaminérgicos, noradrenérgicos y serotoninérgicos.

Las modificaciones neuroquímicas mencionadas pueden estar vinculadas con diversas manifestaciones sindrómicas, particularmente con la aparición de cuadros depresivos, de significativa prevalencia dentro de este grupo etario.

Por otra parte, la depleción colinérgica de distintas áreas corticales, en especial de la corteza hipocámpica, adquiere relevancia en virtud del papel que juega este neurotransmisor en el aprendizaje y la memoria. Estos avances del conocimiento en el campo de las neurociencias básicas se corresponden con los avances tecnológicos en la metodología de evaluación clínica de la estructura y función del cerebro. El advenimiento de técnicas morfométricas (por ejemplo protocolos de reconstrucción tridimensional, técnicas de segmentación, etcétera) aplicables al estudio de las imágenes obtenidas mediante resonancia magnética cerebral ha permitido el análisis en vivo de cambios anatómicos que ocurren junto con el envejecimiento cerebral. El volumen global del cerebro disminuye con la edad a expensas de una

reducción selectiva del volumen de la materia gris, con una relativa preservación del volumen de la sustancia blanca.

Por otra parte se evidencia el aumento de volumen del sistema ventricular y un ensanchamiento de los espacios subaracnoideos. Estudios funcionales del tipo de la tomografía de emisión de positrones y la tomografía por emisión de fotón único revelan cambios en la tasa metabólica de distintas áreas del cerebro.

A pesar de estos avances, la fisiopatología de los cambios conductuales que ocurren junto con el envejecimiento no ha podido ser enteramente explicada. Sin embargo, dichos avances constituyen una base lo suficientemente sólida como para proponer alternativas terapéuticas y formular hipótesis de investigación clínica.

### *Incontinencia Urinaria*

La incontinencia urinaria se define como la "condición en el cual se produce una pérdida involuntaria de la orina por la uretra suficiente para constituirse en un problema social/ médico".

Es un síntoma-problema heterogéneo, frecuente de encontrar en los adultos mayores. Su presencia produce en la persona múltiples problemas psicológicos y sociales, ya que se ha demostrado que siempre contribuye a:

- Producir trastornos psíquicos.
- Producir abrasiones cutáneas.
- Producir infecciones urinarias.
- Es una razón frecuente de ingreso a instituciones.
- Promover el aislamiento social.

En los miembros del equipo de la salud y en la población general existe una escasa y mala información sobre la incontinencia urinaria. Frecuentemente, se atribuye a una consecuencia normal del proceso de envejecimiento y, lo que es aún peor, a un trastorno sin solución o irreversible. "La Geriatria ha demostrado que dichas suposiciones son falsas y promueve que el médico de atención primaria y los otros especialistas tengan conocimientos suficientes para detectar y evaluar casos de incontinencia urinaria en el adulto mayor. Todo médico debe saber cuáles son las posibilidades terapéuticas en cada caso y saber cuándo derivar a tiempo a los pacientes. En el adulto mayor siempre

debemos buscar una solución que mejore su calidad de vida y poder aliviar a los cuidadores."<sup>7</sup>

Se estima que un 15% de los adultos mayores de una comunidad, y hasta el 50% de aquellos que se encuentran en una institución presentan incontinencia urinaria severa.

No debemos olvidar que la micción es un hecho fisiológico que involucra participación del SNC, SNP, SNA, y que es un hecho social que exige el poder iniciarla, e interrumpirla en forma voluntaria.

El tipo más frecuente en la mujer de 75 años. Se define como Pérdida involuntaria de orina (generalmente en pequeñas cantidades) que acompañan al aumento transitorio de la presión intraabdominal (tos, esfuerzos, risa, etc.).

Causas:

-Debilidad y laxitud de los músculos del piso pelviano (partos-envejecimiento-déficit de estrógenos). La relajación pélvica incluye prolapso uterino y cistocele que permiten el descenso del ángulo normal uterino vesical.

-Debilidad del esfínter vesical o del esfínter uretral.

En el hombre se limita a aquellos que han sufrido daño del esfínter interno por procedimientos urológicos.

### ***Caídas en el Adulto Mayor***

No cabe duda que, en Geriátrica, la interpretación adecuada de las situaciones que afectan multifactorialmente al adulto mayor permiten al clínico ofrecer una mejor perspectiva terapéutica para su paciente, no olvidando nunca un enfoque biopsicosocial. En gran medida de esto dependerá el éxito que, tanto el paciente como su médico, esperan.

Según la Organización Mundial de la Salud, "caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

---

<sup>7</sup> *Urinary Incontinence. En: The Merck Manual of Geriatrics (2nd Ed) Merck, USA. 1995: 169-199.*

En la práctica, se pueden agrupar para ayudar al entendimiento del tipo de ancianos que caen con más frecuencia, en tres categorías:

Adultos Mayores con buena salud con edades entre 60 a 75 años, ellos por lo general, presentan un grado más o menos importante de inestabilidad postural cuyo origen deberá ser investigado desde el punto de vista social. Generalmente aún perduran sus redes sociales de apoyo y mantienen auto valencia. La incidencia del síndrome post-caída (que será analizada posteriormente) es baja en estos adultos mayores.

Adultos Mayores con enfermedades crónicas e invalidantes, por lo general más de 75 años, viven solos o en una institución, existe desmedro nutricional que las más de las veces se evidencia en poca masa muscular global. En este grupo las caídas son recidivantes y van de la mano del síndrome post-caída, el que perpetúa su dependencia y disminuye su autoestima.

Adultos Mayores con problemas cognitivos, este grupo sufre de caídas múltiples pero, dados sus problemas de memoria, nunca hacen síndrome post-caída.

En estos tres grupos, pero en el último en particular, se deben desarrollar estrategias tendientes a mejorar la accesibilidad, con el fin de superar los diferentes peligros de las barreras arquitectónicas, falta de señalización, etc., que ponen en peligro la vida de estos adultos mayores.

“Factores de Riesgo de Caídas: A pesar de ser las caídas una adaptación del adulto mayor a su entorno, los mecanismos causales directos de caídas aún son mal conocidos, aunque una investigadora eximia del tema, la Dra. M.E. Tinetti está realizando a la fecha estudios prospectivos en distintos tipos de adultos mayores, con lo que los datos o factores propuestos a continuación, aunque están íntimamente relacionados con las caídas, están en constante revisión. Es así como con los datos aún discutidos, parece que en un número de casos el frágil equilibrio existente entre las capacidades del individuo y las dificultades del entorno - que comprenden los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos - se rompe por la introducción de una causa desencadenante suplementaria, factor precipitante de la caída.”<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Borreguero, V. "Caídas en el Anciano. El pie estructura fundamental" *Geriátrika*, 1994. Volumen 10 (8) 369-374.

De entre los factores intrínsecos está comprobado que cualquier episodio agudo (neumonía, retención urinaria, fiebre, deshidratación, la toma de un fármaco, etc.) que altere el equilibrio, pasa a ser - por sí sólo - un factor de riesgo adicional, así también como ocurre con los días de lluvia, en que los frenos no funcionan del todo bien. Lo mismo ocurre desde el punto de vista agudo o precipitante extrínseco, que un zapato - sea de suela o el baño esté mojado - favorecerá a la caída, con el consiguiente deterioro del frágil equilibrio que mantiene el adulto mayor sin caer.

Por lo antes enunciado, dividiré los factores de riesgo en intrínsecos y extrínsecos, teniendo claro que existen otras clasificaciones, como pudieran ser las de factores de caídas en ancianos institucionalizados como de no-institucionalizados, pero recurriré a la antes elegida por encontrarla de más fácil aplicación.

### 1.21. Causas Frecuentes de Trastornos de la Marcha

<b>Neurológicas</b>	<b>Psicológicas</b>	<b>Musculoesqueléticas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Accidente cerebro vascular</li> <li>* Hematoma Subdural crónico</li> <li>* Demencia</li> <li>* Enfermedad de Parkinson</li> <li>* Alteraciones del equilibrio</li> <li>* Atrofia cerebelosa</li> <li>* Hidrocefalia</li> <li>* Normotensiva</li> <li>* Parálisis supranuclear progresiva</li> <li>* Mielopatías</li> <li>* Neuropatía Periférica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Depresión</li> <li>* Miedo a volver a caer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Patología articular</li> <li>* Osteoporosis</li> <li>* Fracturas no sospechada</li> <li>* Enfermedad de Parkinson</li> <li>* Alteraciones de los pies</li> <li>* Miopatías</li> </ul>

<b>Endocrinas</b>	<b>Fármacos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hipotiroidismo</li> <li>* Diabetes Mellitus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Benzodiazepinas</li> <li>* Neurolépticos</li> <li>* Antidepresivos T</li> <li>* Tricíclicos</li> <li>* Anticonvulsivantes</li> <li>* Alcohol</li> <li>* Litio</li> <li>* Antihipertensivos</li> <li>* Salicilatos</li> </ul>

### **1.22. Demencia Senil**

El envejecimiento del humano no sólo se observa con la aparición de canas y arrugas, el cese de la menstruación en las mujeres o la andropausia en los hombres, sino también se alteran los órganos, arterias, músculos y células que van reduciendo sus capacidades de funcionamiento

Así, cuando las personas pasan a la tercera edad, muchas de ellas podrían padecer alteraciones en el organismo. "El cinco por ciento de la población de entre 65 y 70 años está propensa a desarrollar alguno de los más de diez padecimientos conocidos como demencia senil".

La demencia, explica, es un proceso degenerativo de las células cerebrales o neuronas y su origen es orgánico, lo que significa que no es un problema psiquiátrico, sino físico. Bajo el término de demencia se engloban las condiciones que producen una pérdida progresiva de las funciones mentales como pensar, razonar o aprender, entre otras. "Frente a ello, los pacientes que desarrollan algún grado de demencia comienzan a presentar problemas en el desempeño de sus actividades cotidianas, sean laborales o sociales".

El padecimiento demencial más común en México y en el mundo es la enfermedad de Alzheimer, caracterizada por la degeneración de diversas partes del cerebro, y que además se reduce el número de neuronas y su capacidad de funcionamiento. "Aparecen en el cerebro tejidos anormales conocidos como placas seniles y haces neurofibriliales, que a medida que transcurre la enfermedad inducen importantes alteraciones en la conducta del paciente", destaca el también psiquiatra con subespecialidad en la edad madura.

El desarrollo de Alzheimer ocurre en tres etapas, refiere. En la primera, el individuo comienza a perder la memoria, olvida los nombres de la gente que lo rodea y lugar donde dejó sus pertenencias. En la segunda, el paciente desarrolla alteraciones de juicio, es decir, "se vuelven más inhibidos y bromean en situaciones difíciles (como en un velorio), e incluso pierden la capacidad de decidir en actividades que llevan una secuencia. Por ejemplo, cuando tienen la necesidad de ir al baño, no saben qué hacer con la sensación y olvidan que existe un lugar específico para esa actividad y, además no recuerdan qué tienen que hacer para orinar".

Durante la tercera etapa, el paciente pierde totalmente la coordinación de los movimientos, y ello lo conduce a una inmovilidad

total. En esta etapa la persona no puede tragar los alimentos, ni vestirse ni caminar o sostenerse sola en pie. También es muy frecuente que se incremente la osteoporosis y sufra caídas e infecciones urinarias al igual que atrofia muscular.

Al señalar algunos factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer, la edad, traumas cerebrales muy fuertes (después de los cuales en un lapso de 10 ó 15 años se hace presente el padecimiento) y a la genética. Sobre este último factor, comenta que existen familias en las que hay predisposiciones para el desarrollo de las enfermedades mentales, entre ellas el Alzheimer. Sin embargo, destaca, en algunos casos el padecimiento se ha presentado esporádicamente, sin ningún factor que lo genere.

### ***1.23. Delirios de la Tercera Edad***

Son menos frecuentes que los estados depresivos. Sin embargo, tampoco son excepcionales. Como los trastornos del comportamiento que se originan normalmente discretos y provocan más afabilidad que agresividad, pueden ser ignorados durante mucho tiempo y descubrirse en un examen fortuito.

El delirio persecutorio es el más típico y afecta en especial a las mujeres. Comienza a menudo con síntomas depresivos e ideas hipocondríacas, las comidas y bebidas tienen mal gusto, pasan mal la noche, y poco a poco atribuyen la culpa de su ansiedad y malestar interior a otros, ya sean vecinos o familiares; los muebles no están en su sitio, desaparecen los objetos, se encuentran manchas sospechosas, entran en su casa, la vigilan, quieren sus bienes, teme por su honor, quieren burlarse de ella.

Realizados sus temores, suposiciones, maquinaciones misteriosas que varían con el tiempo y en su forma de realización; interpretaciones llenas, según el momento, de perplejidad, miedo, indignación. La ideación de estas fantasías es débil, estereotipada.

Las ideas delirantes aparecen en un enfermo que padece debilidad mental. Las ideas son incoherentes, variables, teniendo frecuentemente el aspecto de fantasías. Muchas veces el delirio desaparece cuando la demencia se agrava.

Estos cuadros de demencia, confusión, regresión aguda, depresión y delirio, no deben hacernos olvidar lo intrincado de los síndromes. La demencia no es el componente obligado ni el final necesario de los trastornos psíquicos del anciano; durante mucho tiempo se ha confundido la patología gerontopsiquiátrica con la de las demencias, a

cuya rígida calificación se unía el carácter igualmente rígido y expectante de sus terapéuticas.

#### ***1.24. Patrón de Declinación Cognitiva en el Envejecimiento***

Casi todas las funciones cognitivas se declinan con la edad, una vez que llegue a la edad adulta, igual que las habilidades físicas. Sin embargo, todos los músculos mentales, se marchitan al mismo ritmo y es importante sopesar los efectos negativos de las habilidades mentales reducidas contra el efecto positivo de la experiencia relevante de una persona que la calificación en una prueba cognitiva.

#### ***Como se estima la Cognición***

Para comprender las actividades cognitivas que declinan más a las otras, es necesario dividir la cognición en componentes o dominios. Desde la fecha reciente se ha hecho costumbre valorar los indicios siguientes de actividades cognitivas.

*Funciones Ejecutivas:* Capacidad para plantear, resumir principios a partir de ejemplos de un conjunto, cambiar conjunto y observar opciones constantes en la memoria del trabajo.

*Atención y Vigilancia:* Capacidad para seleccionar estímulos importantes para procesamiento adicional y responder a concentrarse en labores específicas en períodos prolongados.

*Aprendizaje y Memoria:* Habilidad para adquirir nueva información y recordarla cuando se requiere. Esta habilidad al parecer difiere y tal vez sigue reglas específicas de la información espacial y codificada verbalmente.

*Funciones Intelectuales:* Capacidades analíticas, fondo de información y vocabulario y efectividad del procesamiento de información compleja. Al parecer, estas habilidades también difieren de las funciones verbales espaciales.

*Funciones Sensorio-Motoras:* Agudeza de los sentidos, rapidez y precisión de las respuestas motoras.

De estos problemas de conducta se ha comprobado una declinación relacionada con la edad en el procesamiento de la atención, la memoria, las funciones intelectuales y el dominio sensorio-motor, en particular la rapidez motora.

### ***¿Que causa los Cambios en el Funcionamiento Cognitivo relacionados con la Edad?***

Con mayor probabilidad, la declinación cognitiva que acompaña al envejecimiento se relaciona con la función cerebral y de hecho se ha comprobado cambios anatómicos y fisiológicos en el cerebro con el envejecimiento normal. Durante este último proceso se reduce el volumen cerebral y la disminución del volumen del tejido del cerebro se acompaña de un aumento de volumen de líquido encéfalo raquídeo. Este hecho se demostró al inicio por mediciones directas del cerebro, utilizando el método antiguo de Arquímedes para medir el volumen del líquido desplazado en el cual se sumerge el cerebro.

En la actualidad, se utiliza la tomografía por computadora y las imágenes de resonancia magnética para medir el volumen cerebral. Estos métodos se basan en la segmentación mediante computadora de tejido dentro del cerebro, que proporcionan imágenes de diferentes intensidades

### ***1.25. La Importancia y Necesidad de la Terapia Ocupacional en el Paciente Geriátrico***

Existen diferentes técnicas terapéuticas entre las que se encuentra la terapia ocupacional y Recreativa cuyo fin es mantener un grado de actividad en el paciente, para que a través de ello obtenga un buen grado de salud, si la terapéutica no es suficiente en un tratamiento por lo menos es siempre necesario ya que ésta no es una simple simpatía o apoyo humanitario que se le brinda a un ser débil o que sufre, sino que es un método activo de tratamiento, con una profunda justificación psicológica, la misión de esta terapéutica es ayudar al paciente a través de una valorización cuidadosa de su problema y de la utilización de situaciones y actividades apropiadas a recuperar o desarrollar su competencia en lo físico, psíquico, social y económico y en competencia para comunicarse, establecer adaptaciones y relaciones personales para llegar a adaptarse a su trabajo y capacitarlo para desempeñarlo.

Una de las mayores necesidades del anciano es tener la oportunidad de charlar con un oyente amistoso. Pero no debe olvidarse que el tiempo dedicado a charlar con estos pacientes, raras veces pueden considerarse como perdidos. Durante las conversaciones mantenidas cuando se trabaja, afloran numerosos problemas emocionales y sociales subyacentes de una forma muy natural, con lo

que luego puede referirse a la persona adecuada para que les preste atención.

Los pacientes difásicos, sordos, afásicos, algunos parkinsonianos y otros con parálisis cerebral comparten la experiencia de la soledad a causa de la falta de lenguaje. Se debe favorecer la expresividad mediante la conversación mientras que la terapéutica ocupacional progresa.

Hay que hablarles de los acontecimientos locales y actuales haciendo esfuerzo conciente para conversar con éstos enfermos a los que es fácil descuidar. Hay que pensar en reuniones para estimular los intercambios sociales.

El éxito de la terapia Ocupacional en la rehabilitación estriba en que ésta vaya unida a un fin bien definido, que la esencia de la actividad y que el paciente debe llevar a cabo bajo la supervisión del terapeuta.

Los principios del tratamiento ocupacional para el paciente geriátrico al igual que sus finalidades, son parecidas a los aplicables a los pacientes de un hospital general, aunque dada la elevada edad de éstos, existen algunas diferencias entre las que se pueden citar: Enfermedades invalidantes prolongadas, una disminución de las actividades físicas y mentales, escasa motivación, sentimientos acentuados de inutilidad y soledad, así como una fragilidad generalizada, incapacidad múltiple lo que hace inaplicable la división entre procesos físicos y psicológicos.

La evaluación dinámica supone un enfoque activo y la necesidad de proceder a sucesivas evaluaciones periódicas según la respuesta del enfermo ante el tratamiento y las alteraciones de su contexto ambiental.

La evaluación incumbe a la responsabilidad del médico, pero el terapeuta ocupacional puede contribuir a ésta y debe conocer lo que es y lo que debiera de ser.

Se da comienzo a la terapéutica ocupacional cuya finalidad es la estimulación suave, algunos movimientos y distracción y por encima de todo la prevención de la apatía y depresión.

Cuando se ha logrado devolver al enfermo una ilusión razonable se empieza un programa de actividades cotidianas aplicables o aplicando la terapéutica ocupacional a las incapacidades específicas, mentales o físicas y en labor de grupo o individual. Se recurre a sí mismo a actividades de más energía teniendo en cuenta los planes de readaptación. Para aquellos enfermos que hayan de vivir independientemente el móvil vital durante los primeros días o semanas es el funcionamiento intensivo de la unidad de actividades en que se incluirá la readaptación doméstica. Esta fase va seguida en ocasiones,

de un período de vida independiente pero todavía en el hospital y sin recurrir al personal hospitalario, amén que se trate de algo esencial. Esta fase acostumbra al paciente a una independencia real.

Al tratar con pacientes geriátricos, el factor más importante es el enfoque adoptado ante el individuo. Muchas personas de edad avanzada tienen opiniones firmes, mientras otras sufren cambios de mentalidad y algunas se muestran confusas, la mayoría de ellas, sin embargo, requieren un enfoque cuidadoso sí es que se requiere lograr su colaboración; a este respecto hay que tener varios factores en cuenta.

Entre ellos están las excusas que al principio dan muchos pacientes, al tratar con tales pacientes es esencialmente útil tener confianza y estar preparados para decir "El psicólogo me ha pedido que le de este tratamiento". La mayoría de las veces la resistencia a empezar radica en el miedo al fracaso, probablemente bien fundamentado en pasadas experiencias y un deseo de no exponerse a mayores terapeuta ocupacional tome las desilusiones y quizá al ridículo.

Otro factor es la dificultad para tomar decisiones por su edad y sobre todo los que tienen un grado moderado de confusión. Al principio suele dar mejores resultados que tome decisiones por sí mismo o que dé a elegir entre dos alternativas sencillas. La multiplicidad de posibilidad de elección provoca confusiones y origina un rechazo absoluto de toda actividad. A medida que la confianza se incrementa, puede presentarse elecciones más complejas junto a una mayor oportunidad para tomar decisiones.

Hay que tomar en cuenta que la motivación reviste una gran importancia para los pacientes geriátricos. Muchos de ellos tienen pocas cosas de que preocuparse una vez dados de alta y, en ocasiones su incapacidad les proporciona la unida sensación de inseguridad. En este sentido las trabajadoras sociales colaboran introduciendo alteraciones en sus ambientes hogareños anteriores. Por otra parte, estos enfermos asustados ante su incapacidad para llevar a cabo sus tareas personales, adquieren una nueva confianza con el entrenamiento de la movilización a cargo del fisioterapeuta, y llevando a cabo actividades cotidianas bajo la supervisión del terapeuta ocupacional. La voluntad de mejorar se estimula a través de las actividades sociales y la mezcla de los pacientes internos y ambulatorios. El hecho de ver a otros pacientes con incapacidades parecidas comportándose satisfactoriamente en sus hogares con la ayuda exclusiva que allí tienen y una visita semanal al hospital, es excelente para la moral de estos pacientes.

La comprobación de que se les facilita ayuda cuando la necesitan hace que estos enfermos se sientan seguros y que los incentivos dirigidos hacia su recuperación empiecen hacer efecto. No se dará

ningún trabajo por simple que sea, a un paciente sin facilitarle al mismo tiempo una razón que él pueda comprender.

Por otra parte, los pacientes que no tienen familiares, para los que puedan trabajar, que tiene poco dinero o que sus necesidades personales son de carácter básico, pueden encontrar satisfacción ayudando a otros pacientes, haciendo algo para el departamento. En los enfermos de predominio orgánico, el deseo de mejorar constituye una motivación suficiente, pero, incluso en estos casos, el interés aumenta si el trabajo realizado es para alguien que de verdad lo necesite. Los elogios y la valorización de lo logrado son factores importantes y no deben descuidarse.

Por último, cuando el paciente muestra un cierto grado de confusión, quizá no recuerde el taller de un día para otro, se enfrenta por lo tanto cada vez con algo desconocido, lo que lo hace retenerse a la hora de entrar hasta que ha conseguido una cierta sensación de familiaridad, es entonces estos enfermos responden casi siempre a lo que puede llamarse "enfoque de huésped", es decir, que si se va a su encuentro en la puerta y se le saluda como si fuera un visitante, generalmente se da cuenta de que era esperado, que es un encuentro amistoso y, que como huéspedes que son, deben comportarse bien.

## HIPOTESIS

La Terapia Ocupacional y Recreativa proporciona un efecto beneficioso en la reincorporación social y prevención de psicopatologías, en las áreas cognitiva, física, afectiva y social de los pacientes, como lo es trabajar procesos de pensamiento, mejorar su actividad física, elevar autoestima, establecer relaciones interpersonales, lo cual es de suma importancia para el bienestar del paciente geriátrico. La Terapia Ocupacional y Recreativa, como parte del proceso de rehabilitación, proporciona efectos restauradores para facilitar el aprendizaje de habilidades y funciones esenciales para una mejor adaptación, productividad, mejorando la calidad de vida de las personas.

### *VARIABLE INDEPENDIENTE*

#### ***Las Actividades de Terapia Ocupacional y Recreativa***

Es el arte de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para reforzar, acrecentar y facilitar el aprendizaje de las habilidades y funciones, previniendo la incapacidad y el ocio, para lograr en el ser humano, una mejor adaptación y productibilidad, con el fin de conservar la buena salud, tanto física como mental.

#### *Indicadores:*

- Terapias de recreo
- Actividades culturales
- Actividades de cocina
- Gimnoterapia
- Actividades de baile
- Actividades de arreglo personal
- Actividades Lúdicas ( rallys, juegos de salón, competencia)
- Terapias Expresivas ( Tai-chi, pintura)

## VARIABLE DEPENDIENTE

**Proporciona a los pacientes efectos restauradores para facilitar el aprendizaje de habilidades y funciones esenciales para una mejor adaptación, productividad, mejorando la calidad de vida de las personas.**

A través de un método activo de tratamiento, el paciente valora su problema y utiliza actividades apropiadas para su recuperación física, psíquica, social y económica. Dándose cuenta al mismo tiempo, sus capacidades, habilidades y sentimientos que se desarrollaran a través de las técnicas a utilizar.

### ***Indicadores:***

#### **Esfera Física:**

Sensación  
Integración Sensorial  
Movilidad  
Equilibrio  
Motricidad fina  
Repetición  
Ritmo  
Coordinación  
Fuerza  
Resistencia  
Grado de Movimiento  
Posturas  
Tipos de movimiento

#### **Esfera Cognitiva:**

Percepción  
Reconocimiento espacial  
Atención  
Concentración  
Discriminación  
Generalización  
Utilización de símbolos  
Pensamiento abstracto  
Reconocimiento  
Lenguaje  
Seguir directrices  
Orientación  
Secuencia  
Creatividad y Lógica  
Resolución de Problemas

#### **Esfera Psicológica:**

Expresión de sentimientos  
Control de sentimiento  
Tolerancia a la frustración  
Control de esfínteres  
Expresión de las necesidades  
Gratificación de las necesidades  
Sublimación  
Juegos/exploración  
Tolerancia al riesgo  
Confianza/independencia  
Pasividad/actividad  
Creatividad  
Reconocimiento de la realidad  
Exploración de sentimientos y motivos  
Responsabilidad  
Participación  
Compromisos  
Compartir/interacción  
Auto imagen/imagen corporal  
Identificación

#### **Esfera Social:**

Comunicación  
Cooperación  
Competición  
Negociación  
Compromiso  
Liderazgo  
Reglas  
Interacción  
Variedad de relaciones  
Oportunidad para los roles

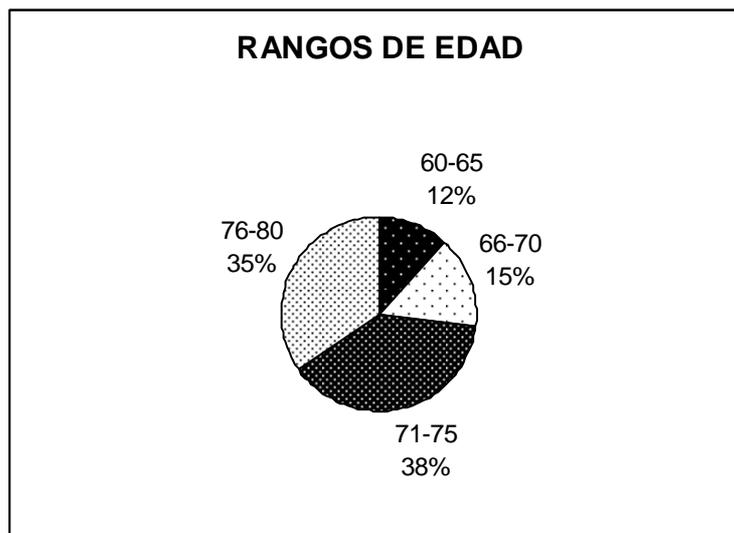
## CAPITULO II

### TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para la realización de esta investigación, se seleccionó a una población de 26 personas de la tercera edad, comprendidas entre los 60-80 años, de sexo femenino, procedentes del interior como de la ciudad del país, no importando su clase social o etnia, e institucionalizados. Para seleccionar la muestra se realizó un muestreo aleatorio, el cual no obedece a las reglas fijas, ni específicas de antemano el número de unidades a seleccionar. Con lo cual se pudo variar el número de integrantes dependiendo las actividades a realizarse, con lo que se obtuvo más riqueza y calidad en las actividades realizadas.

**Grafico 1**

Rangos de Edad	Cantidad
60-65	3
66-70	4
71-75	10
76-80	9
	<b>26</b>



Fuente: Ficha de Evaluación Geriátrica

## INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Los instrumentos utilizados para la realización de esta investigación fueron:

**1. La Observación:** Es el proceso de contemplar sistemáticamente y detenidamente como se desarrolla la vida social, sin manipularla ni modificarla, tal cual ella discurre por si misma. Esta observación común y generalizada puede transformarse en una poderosa herramienta de investigación social y en técnica científica de recogida de información si se efectúa. Se aplicaron las dos clases de observación existentes: La observación estructurada o controlada, que consistió en establecer de antemano los aspectos que se han de observar y la observación no estructurada o no controlada, que consistió en anotar los hechos observados sin recurrir a la ayuda de técnicas especiales. Entre los indicadores que se trabajaron con este instrumento podemos citar: expresión de sentimientos, reconocimiento de la realidad, expresión de necesidades, identificación, Comunicación, Control de sentimiento, Cooperación, Tolerancia a la frustración, Competición, Expresión de las necesidades, Compromiso, Gratificación de las necesidades, Liderazgo Sublimación, Reglas, Interacción, Tolerancia al riesgo, Variedad de relaciones, Confianza/independencia, Pasividad/actividad, Creatividad Reconocimiento de la realidad, Exploración de sentimientos y motivos Responsabilidad, Participación, Compromisos, Compartir/interacción Auto imagen/imagen corporal, Identificación.

**2. La Entrevista:** Comprende un desarrollo de interacción, creador y captador de significados, en el que influyen decisivamente las características personales (biológicas, culturales, sociales, conductuales) del entrevistador lo mismo que del entrevistado. En esta investigación se hizo uso de la entrevista dirigida (Estructuradas) en las que el actor lleva la iniciativa de conversación o ( No estructurada) aquellas en que el entrevistador sigue un esquema general y flexible de preguntas, en cuanto a orden, contenido y formulación de las mismas. Entre los indicadores que se trabajaron con este instrumento podemos citar: concentración, comunicación, interacción, exploración de sentimientos, lenguaje, seguimiento de directrices, expresión de las necesidades, entre otros.

**3. Cuestionarios:** Instrumento escrito que debe resolverse sin la intervención del investigador. El cuestionario establece provisionalmente las consecuencias lógicas de un problema que aunadas a la experiencia del investigador y con la ayuda de la literatura especializada, servirán

para elaborar las preguntas congruentes con dichas consecuencias lógicas. Entre los indicadores que se trabajaron con este instrumento podemos citar: participación, creatividad, expresión de necesidades, cooperación, cumplimiento de reglas, confianza, interacción, entre otros.

**4. Pruebas de Ejecución:** Entre las pruebas de ejecución que se realizaron se pueden mencionar las *Terapias Recreativas o Socio terapias*, cuyo fin es terapéutica, cuyo nombre significa "volver a crear"; *Terapias Lúdicas*, actividades a través del juego. Se participa a nivel del pensamiento y fantasía; *Gimnoterapia*, entre las cuales se menciona aeróbicos, acondicionamiento físico expresión corporal, entre otras; *Terapia ocupacional*, las cuales implican actividades que introduzcan al paciente al hábito del trabajo a través de actividades que para él sean agradables; *Terapias Expresivas*, terapias a través del arte. Entre los indicadores que se trabajaron con este instrumento podemos citar: En el área física, sensación, movilidad, equilibrio, motricidad fina y gruesa, repetición, ritmo, coordinación, fuerza, grados de movimiento, posturas; en el área cognitiva y social: percepción, reconocimiento espacial, discriminación, pensamiento abstracto, lenguaje, orientación, secuencia, liderazgo; en el área psicológica: creatividad, participación, expresión de necesidades, control de esfínteres, exploración de sentimientos, tolerancia a la frustración control y expresión de sentimientos, Sensación, Integración Sensorial, Reconocimiento espacial, Movilidad, Equilibrio, Motricidad fina, Discriminación, Repetición, Generalización Ritmo, Utilización de símbolos, Coordinación, Pensamiento abstracto Fuerza, Reconocimiento, Resistencia, Lenguaje, Grado de Movimiento, Seguir directrices, Posturas, Orientación, Tipos de movimiento, Secuencia, Creatividad y Lógica, Resolución de Problemas.

### **CAPITULO III**

#### **PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS**

El trabajo se realizo en las instalaciones del Hogar de Ancianas San Vicente de Paul, tomando en cuenta las características de movilidad de la población, se dividió al grupo, en dependientes y semidependientes/independientes.

Para la realización de actividades se programó una calendarización por semana, con la cual se mantuvo una flexibilidad dependiendo del estado anímico de las pacientes, así como también las condiciones climáticas.

La primera fase fue la entrevista, instrumento que sirvió para captar los intereses, expresión de sus necesidades, creencias y subjetividad de cada una de ellas, así como una forma de establecer rapport.

Las actividades que se realizaron con el grupo dependiente como el independiente, no varió mucho; ya que se trato la manera de sobrellevar las barreras arquitectónicas, así como las limitantes presentadas en cada terapia.

Las actividades se realizaron con la colaboración de la terapeuta ocupacional y recreativa del Hogar de Ancianas San Vicente de Paul, lo cual ayudó a establecer mejor relación con las pacientes por el conocimiento previo que ella tenia de las mismas.

Las terapias a aplicar fueron diversas, dentro de las cuales se puede mencionar, las creativas y expresivas, lúdicas, laborioterapia e industrial.

Las habilidades y destrezas que se consideraron a desarrollar, divididas por áreas son:

<b>Área Física</b>	<b>Área Cognitiva y Social</b>	<b>Área Psicológica</b>
Sensación	Percepción	Creatividad
Movilidad	Reconocimiento espacial	Participación
Equilibrio	Discriminación	Expresión de necesidades
Motricidad fina y gruesa	Pensamiento abstracto	Tolerancia a la frustración
Repetición	Lenguaje	Control de esfínteres
Ritmo	Orientación	Expresión de sentimientos
Grados de movimiento	Liderazgo	Exploración de sentimientos

Se constató que cada uno de estos aspectos variaba según el estado anímico de cada paciente.

El programa de terapia ocupacional y recreativa, cuya finalidad fue realzar las habilidades necesarias para que las pacientes alcancen mayor dependencia en sus habilidades de la vida diaria.

La evaluación de terapia ocupacional se centró en cinco categorías principales que son:



La movilidad proporciona una impresión global del estado funcional del paciente. Los aspectos evaluados sobre movilidad fueron: Inclinar, agacharse, girar, alcanzar algo por encima de la cabeza, capacidad de moverse de un lado a otro, encontrar caminos, verificar si hay fatiga en la realización de las actividades.

La observación fue el instrumento principal para el trabajo de esta categoría.

Los cuidados personales, son un tipo de tarea que comprende la habilidad para cubrir las necesidades personales básicas y exige que se controle los objetos necesarios para realizar la tarea, a la vez que se controla el cuerpo.

Entre los auto cuidados que se trabajaron podemos mencionar: alimentación, control de esfínteres, baño, higiene, arreglo personal, vestido y comunicación funcional.

Por ejemplo, en la actividad de "peinarse" hay que controlar el peine, coger el peine y mantenerlo en la mano, llevarlo hasta la cabeza, realizar el movimiento del peinado.

Estos factores fueron evaluados a través de las pruebas de ejecución y la observación.

A través de las actividades recreativas en la vejez es el vehículo para mantener la agudeza física, mental y social. La planificación de estas actividades se planificó dependiendo de tres tipos de demandas: motoras, cognitivas y emocionales.

Los cuestionarios y la observación fueron los generadores de información sobre los gustos e intereses, así como las destrezas de los pacientes, lo cual fue la base para la planificación de las actividades recreativas a realizarse.

Los resultados obtenidos de la aplicación de las diferentes terapias fue provechoso y de beneficio para las pacientes del hogar, ya que a través de las mismas se pudo lograr un notable mejoramiento en aspectos de integración grupal, expresión verbal, iniciativa, organización, entre otras.

En el área físico-mental, se logró desarrollar habilidades, así como trabajar psicomotricidad gruesa y fina, lo cual fue de beneficio para las pacientes que tenían cierto grado de espasticidad en los miembros superiores.

Es por ello, que la terapia ocupacional y recreativa con pacientes geriátricos es de mucho beneficio, ya que a través de las diversas actividades a realizar se propicia un notable mejoramiento en las diferentes esferas (cognitiva, física y social).

La intervención temprana del terapeuta ocupacional y recreativo en adultos mayores que se encuentran en proceso de institucionalización es de vital importancia para prolongar los roles del mismo y a la vez facilitar en ellos respuestas adaptativas eficaces que permitan un óptimo desempeño dentro de su ambiente; es por ello que los terapeutas ocupacionales y recreativos debemos diseñar estrategias que fortalezcan su capacidad para adaptarse a este cambio.

Para ello debemos conocer los antecedentes ocupacionales del paciente, su historial de roles, hábitos, costumbres de su núcleo familiar, cultura, intereses, habilidades y destrezas, además conocer las características del entorno en que se desenvuelve, tanto desde el punto de vista físico

como social, (tipo de vivienda, relaciones interpersonales con amigos, familia, entre otros) y tomando en cuenta este estudio previo debemos diseñar estrategias que permitan facilitar su proceso de adaptación a esta nueva vida.

De esta forma, estaríamos garantizando al adulto mayor y sus familiares un proceso de adaptación menos traumático que facilitará la atención terapéutica del paciente, lo que se traducirá en calidad de vida.

El envejecimiento produce una serie de cambios físicos y psicológicos que hacen un tanto difícil esta etapa de la vida, donde la calidad de vida de los ancianos institucionalizados depende de la labor que realice el personal por quienes son atendidos, para ayudar a mantener su nivel de independencia y autonomía.

La mayor parte de las personas mayores no desean vivir en las instituciones; con frecuencia consideran que vivir ahí es un abierto rechazo por parte de sus hijos, y estos llevan ahí a sus padres disculpándose al hacerlo y con grandes sentimientos de culpa. Sin embargo, debido a las necesidades de la persona mayor o a las circunstancias de la familia, tal ubicación parece ser en ocasiones la única solución. **(Papalia y Wendkos, 1990)**.

Por otra parte, en algunas familias hay un rechazo y una tendencia a aislar a las personas ancianas, a las cuales se les ve frecuentemente como un estorbo del que tratan de deshacerse, por lo que se les interna en instituciones donde se cree vivirán mejor y más cómodamente. Ello consecuencia de que las familias, debido al ritmo de vida que les impone la misma sociedad, dedican poco tiempo a la atención y cuidado que aquellos requieren, con lo que los privan de estímulos muy importantes para que conserven su salud mental, como el afecto, la seguridad, el respeto, entre otros; creándoles un sentimiento de inutilidad que aumenta fuertemente al momento que se les ingresa a una institución.

Las necesidades asistenciales de los institucionalizados son complejas. Componen a este vulnerable grupo quienes padecieron aislamiento social y que cuentan con limitaciones económicas; también quienes enfrentan patologías múltiples y cuyo deterioro es, por lo mismo, más acelerado, además de que carecen de capacidad de respuesta orgánica a las agresiones externas **(Vidal, 1998)**.

El adulto mayor, la persona de la tercera edad, el anciano es protagonista de su propia vida y de su propia salud física y psíquica.

Evitar actitudes paternalistas en las que la solución viniera desde otras esferas ajenas a los mismos protagonistas, es ya una buena medida preventiva. Todas las instancias de la sociedad deben relacionarse y conectar entre sí para producir "redes de seguridad" en beneficio de los seres más desvalidos, pero cuidando que los mismos sujetos sean agentes de su propia seguridad.

## ***CAPITULO IV***

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

- De acuerdo a los resultados obtenidos , concluyo que se aprueba la hipótesis en la cual se plantea que: “La Terapia Ocupacional y Recreativa proporciona un efecto beneficioso en la reincorporación social y prevención de psicopatologías, en las áreas cognitiva, física, afectiva y social de los pacientes, como lo es trabajar procesos de pensamiento, mejorar su actividad física, elevar autoestima, establecer relaciones interpersonales, lo cual es de suma importancia para el bienestar del paciente geriátrico. La Terapia Ocupacional y Recreativa, como parte del proceso de rehabilitación, proporciona efectos restauradores para facilitar el aprendizaje de habilidades y funciones esenciales para una mejor adaptación, productividad, mejorando la calidad de vida de las personas.”
- La creación de un sentido de pertenecía, productividad y afectividad en el paciente geriátrico, es altamente eficaz en su recuperación.
- Concientizar a la sociedad de la importancia del anciano en la misma, así como respetar el espacio que les corresponde; es el inicio de la rehabilitación.
- La Terapia Ocupacional y Recreativa, es un medio que ayuda a la rehabilitación e inserción del anciano a la sociedad.

- Los ancianos son rechazados por la sociedad, porque se desconoce el proceso de envejecimiento como una parte del desarrollo biopsicosocial del hombre.
- La niñez es un periodo de adquisición y ampliación de fortalezas y experiencias, la función principal de la vejez es aclarar, profundizar y encontrar utilidad lo que se ha logrado en el tiempo del aprendizaje y la adaptación.

## **RECOMENDACIONES**

- Es importante la aplicación de la Terapia Ocupacional y Recreativa, en las instituciones y organizaciones que trabajan con pacientes geriátricos.
- Tomar en cuenta para la aplicación de las terapias, las limitantes de las pacientes, así como sus capacidades e intereses.
- Orientar y capacitar al personal que labora con ancianos institucionalizado.
- Para contrarrestar las pérdidas y sentimientos de minusvalía, al anciano hay que ofrecerle todo el afecto, la preocupación y compañía que necesiten.
- Es de gran importancia la creación de una cultura sobre el envejecimiento como elemento de sensibilización y movilización de nuestras sociedades, tanto en los ámbitos de gobierno, como en los de las comunidades y familias.

## BIBLIOGRAFIA

E.M. Mcdonal, **Terapia Ocupacional En La Rehabilitación**, Editorial Salvat, Segunda Edición, España (1979) actuales págs. 10,11,12,13, capítulo 1.

Dr. Heliodoro Ruiz García **"La Terapia Ocupacional y La Laborterapia en las Enfermedades Mentales"** , capítulos I y II, pags. 19-58. Año 1972

Garay Lillo **"Stress en el Post jubilado"** Primer Congreso Colombiano, 1983. Pag.23

H. Woltereck, **"La Vejez la Segunda mitad de la Vida"** Edit. Fondo de Cultura Económico, México 1990, Pg.39.

M.V. Tellez, **"El año internacional de la Vejez, Ojalá no sea otro más"**, Edit. El Espectador, Mexico90, pag18

J.E. Cavalier, **"Primer Seminario Nacional sobre el Anciano"**, Colombia 1973, Pg. 55.

The Merck Manual of Geriatrics (2nd Ed) Merck, **"Urinary Incontinence"**. 2da Edicion, USA. 1995: 169-99.

Borreguero, V. **"Caídas en el Anciano. El pie estructura fundamental"** Geriátrika, 1994. Volumen 10 (8) 369-374.

**ANEXOS**

**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
**Centro Universitario Metropolitano –CUM-**  
**Escuela de Ciencias Psicológicas**

<b>Ficha de Evaluación Geriátrica</b>		
<b>I. Datos Generales</b>		
Nombre:		
Edad:		
Sexo:		
Estado Civil:		
Escolaridad:		
Religión:		
Lugar y Fecha de Nacimiento:		
Domicilio:		
Raza Étnica:		
<b>Evaluación Funcional</b>		
<b>II. Actividades de la Vida Diaria</b>	<b>Dependiente</b>	<b>Semidependiente</b>
Bañarse		
Vestirse		
Ir al Baño		
Levantarse		
Comer		
<b>III. Actividades instrumentadas de la vida diaria</b>	<b>Dependiente</b>	<b>Semidependiente</b>
Actividades sociales		
Gimnasia		
Actividades recreativas		
Labor en artesanía		
Movilización espacial		
Actividades de la vida diaria		
Adaptación social		

**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
**Centro Universitario Metropolitano –CUM–**  
**Escuela de Ciencias Psicológicas**

**Cuadro de evaluación de las actividades instrumentadas de la vida diaria**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Evaluación</b>				<b>TOTAL</b>	
	<b>Dependiente</b>		<b>Semidependiente</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>		
<b>Actividades sociales</b>						
<b>Gimnasia</b>						
<b>Actividades recreativas</b>						
<b>Labor en artesanía</b>						
<b>Movilización espacial</b>						
<b>Actividades de la vida diaria</b>						
<b>Adaptación social</b>						

Universidad de San Carlos de Guatemala  
Centro Universitario Metropolitano –CUM-  
Escuela de Ciencias Psicológicas

**Ficha de observación para ejecución de actividades**

<b>Ficha de Observación de Actividades</b>		
	<b>Si</b>	<b>No</b>
Ansiedad		
Agitación psicomotora		
Retraso psicomotor		
Temblor		
Somnolencia		
Impulsividad		
Síntomas somáticos		
Alucinaciones o delirios		
<b>Anotaciones:</b>          		

## RESUMEN

Existen diferentes técnicas terapéuticas entre las que se encuentra la terapia ocupacional y Recreativa cuyo fin es mantener un grado de actividad en el paciente, para que a través de ello obtenga un buen grado de salud, si la terapéutica no es suficiente en un tratamiento por lo menos es siempre necesario ya que ésta no es una simple simpatía o apoyo humanitario que se le brinda a un ser débil o que sufre, sino que es un método activo de tratamiento, con una profunda justificación psicológica, la misión de esta terapéutica es ayudar al paciente a través de una valorización cuidadosa de su problema y de la utilización de situaciones y actividades apropiadas a recuperar o desarrollar su competencia en lo físico, psíquico, social y económico y en competencia para comunicarse, establecer adaptaciones y relaciones personales para llegar a adaptarse a su trabajo y capacitarlo para desempeñarlo.

Al tratar con pacientes geriátricos, el factor más importante es el enfoque adoptado ante el individuo. Muchas personas de edad avanzada tienen opiniones firmes, mientras otras sufren cambios de mentalidad y algunas se muestran confusas, la mayoría de ellas, sin embargo, requieren un enfoque cuidadoso sí es que se requiere lograr su colaboración; a este respecto hay que tener varios factores en cuenta.

Hay que tomar en cuenta que la motivación reviste una gran importancia para los pacientes geriátricos. Muchos de ellos tienen pocas cosas de que preocuparse una vez dados de alta y, en ocasiones su incapacidad les proporciona la unida sensación de inseguridad.

El éxito de la terapia Ocupacional en la rehabilitación estriba en que ésta vaya unida a un fin bien definido, que la esencia de la actividad y que el paciente debe llevar a cabo bajo la supervisión del terapeuta.

## **Oración de una joven anciana centenaria**

**Mi Señor Jesús, en ti confío y a ti me confío;  
Con todos mis hijos, nietos y biznietos en general, y cada uno  
en particular.**

**Te ruego que me concedas la gracia de los Dones del Espíritu  
Santo para saber pensar, saber hacer, saber decir, saber  
escuchar y callar, y saber hablar oportunamente.**

**Que aprenda a entender y comprender a los demás;  
a tener esperanza y ser solidaria;  
enséñame a tener paciencia, a ser fuerte y saber dar consejo;  
que siempre ame y sirva a Dios ayudando a quien pueda,  
haciéndolo con amor y en su nombre.**

**Enséñame a saber aceptar lo de cada día;  
A saber caminar pisando fuerte,  
Para andar por el Camino que conduce a la paz temporal,  
Y sobre todo a la eterna.**

**Por Jesucristo Nuestro Señor. AMEN.**