

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

BENEFICIOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ENTRE LAS EDADES DE 60 A 95 AÑOS, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE FISIOTERAPIA DEL ASILO SAN ANTONIO DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL, DURANTE EL PERÍODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2004.

PRESENTADO POR:

ANA JOSEFINA MARÍN PAREDES

PARA OPTAR AL GRADO DE:

LICENCIADA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

DOCENTE DIRECTOR:

LICDA. XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ

NOVIEMBRE DE 2004

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ

RECTORA

INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA

VICERRECTOR ACADÉMICO

DOCTORA CARMEN RODRÍGUEZ DE RIVAS

VICERRECTORA ADMINISTRATIVA

LICENCIADA ALICIA MARGARITA RIVAS DE REINO

SECRETARIA GENERAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.

**INGENIERO JUAN FRANCISCO MÁRMOL CANJURA
DECANO INTERINO**

**LICENCIADA LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS
SECRETARIA**

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DOCTORA LIGIA JEANETH LÓPEZ LEIVA

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

COORDINADOR DE LA CARRERA DE FISIOTERAPIA OCUPACIONAL

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN.

ASESORES DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

LICENCIADA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ
DOCENTE DIRECTOR

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
ASESORA DE METODOLOGÍA

AGRADECIMIENTOS

Al Asilo San Antonio; por haber permitido la realización de este estudio; y por proporcionar la infraestructura necesaria para la ejecución del tratamiento.

A los pacientes por haber participado en esta investigación y por brindarme su cariño.

A la Licda. Xochilt Patricia Herrera; por haberme brindado sus conocimientos desinteresadamente en el asesoramiento del contenido y estadística de esta investigación.

A la Licda. Margarita Berríos por haber brindado la disponibilidad del asesoramiento de metodología de esta investigación.

A todas aquellas personas que de alguna u otra forma contribuyeron para la realización de esta investigación.

DEDICATORIA

Hoy que termina una etapa más en mi vida; dedico este trabajo a aquellas personas que forman parte de mi ser, las cuales hicieron posible este triunfo.

– A Jesús y María por haber iluminado mi mente y darme fortaleza cada vez que encontré un obstáculo en mi carrera y no permitirme desfallecer hasta alcanzar mi meta.

– A mi madre Milagro Amparo Paredes de Marín, por ser el pilar fundamental en mi vida, por haberse sacrificado siempre por mi futuro, por sus sabios consejos y apoyo, a la vez por ser una de las personas que siempre creyó en mi capacidad. Mil gracias, sin tí no sería lo que ahora soy.

– A mi esposo Núman Orellana, por brindarme su amor y animarme a seguir adelante cuando creí que no podía continuar.

– A mis niños Núman José y Medardo Ernesto a quienes adoro.

– A mi hermana Olinda Milagro y demás familia, tanto sanguínea como política, por su apoyo y cariño.

– A mis amigos que me impulsaron siempre a seguir adelante.

– A mis asesores de tesis por guiarme de la mejor manera a realizar este último paso en mi carrera.

A todos infinitas gracias.

Sinceramente: Josefina.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGS.
RESUMEN	xii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO I : PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1 ANTECEDENTES	17
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	18
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.3.1 OBJETIVOS GENERALES	19
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
CAPÍTULO II : MARCO TEÓRICO	20
2.1 ENVEJECIMIENTO DEL CEREBRO	20
2.2 PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES GERIÁTRICOS	21
2.2.1 DEPRESIÓN	21
2.2.2 NEUROSIS	23
2.2.3 HISTERIA	24
2.2.4 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	25
2.2.5 TRASTORNO PSICOPÁTICO	26
2.2.6 TRASTORNO PSICOSOMÁTICO	27
2.2.7 DEMENSIA SENIL	27
2.2.8 ESQUIZOFRENIA	28

2.3	TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	29
2.3.1	OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO	30
2.3.2	ACTIVIDADES OCUPACIONALES	31
2.3.3	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	35
 CAPÍTULO III : SISTEMA DE HIPÓTESIS		37
3.1	HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	37
3.2	HIPÓTESIS NULA	37
3.3	HIPÓTESIS ALTERNATIVA	37
3.4	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES	38
 CAPÍTULO IV : DISEÑO METODOLÓGICO		39
4.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	39
4.2	POBLACIÓN	39
4.3	MUESTRA	39
4.4	TIPO DE MUESTREO	39
4.5	TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	40
4.6	INSTRUMENTOS	41
4.7	PROCEDIMIENTO	41
 CAPÍTULO V : PRESENTACIÓN DE LOS DATOS		43

5.1	TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	43
CAPÍTULO VI : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		66
6.1	CONCLUSIONES	66
6.2	RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFÍA		70
ANEXOS		
1.	Cronograma de actividades a desarrollar en el proceso de graduación 2004	72
2.	Cronograma de actividades en atención directa a pacientes	73
3.	El Cerebro	74
4.	Personas con enfermedad de alzheimer y señales de envejecimiento corrientes	75
5.	Actividades de la vida diaria que dificulta la enfermedad de alzheimer	76
6.	Enfermedades degenerativas de la edad adulta	77
7.	Actividades ocupacionales que realizaron los ancianos	78
8.	Guía de observación a pacientes con trastornos psiquiátricos	84
9.	Guía de evaluación de terapia ocupacional	85

RESUMEN

La investigación realizada tuvo como objetivos: generales, el aplicar la Terapia Ocupacional en pacientes geriátricos con trastornos psiquiátricos entre las edades de 60 a 95 años atendidos en el área de fisioterapia del Asilo San Antonio, conocer los beneficios de la Terapia Ocupacional en dichos pacientes y como objetivos específicos se tienen: Clasificar los diferentes trastornos psiquiátricos que presentan los pacientes; conocer las causas que provocan los problemas emocionales, identificar los problemas asociados.

Para cumplir con estos objetivos se utilizó el tipo de investigación prospectivo y de campo, habiendo hecho uso de los siguientes instrumentos: fichas bibliográficas, hemerográficas, guía de observación, guía de evaluación de Terapia Ocupacional.

La investigación se inició en la primera semana del mes de julio al mes de septiembre de 2004 estudiándose 13 pacientes, 9 del sexo femenino y 4 del masculino quienes ingresaron al área de fisioterapia del Asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel con trastornos psiquiátricos entre las edades de 60 a 95 años de edad.

El proceso de ejecución inicio con la evaluación de cada uno de los pacientes en la cual se registraron los datos más importantes teniendo como finalidad la elaboración del tratamiento adecuado de Terapia Ocupacional; al final de éste se realizó la evaluación final la cual permitió comparar resultados y probar la hipótesis de trabajo.

Los datos obtenidos antes y después de la aplicación del tratamiento sirvieron para realizar la tabulación, y los gráficos, los cuales han sido complementados con su respectivo análisis e interpretación.

Los resultados de esta investigación fueron los siguientes: El porcentaje de independencia de las actividades de la vida diaria al final del tratamiento incrementó considerablemente en un 92.3%, como también mejoró el área cognoscitiva en un 92.3% y por medio de ésta se logró aumentar la estabilidad emocional en un 76.9% y facilitó las relaciones interpersonales en un 84.6%.

INTRODUCCIÓN

El esfuerzo de los ancianos para ajustarse a la enfermedad, la incapacidad y la falta de amor se acompaña de tensiones psicológicas; estas personas descubren que su cuerpo no es indestructible; que puede ser súbitamente vulnerable a la muerte, a la pérdida física y al dolor. Además sus conocimientos, su posición en la comunidad y las cualidades que hace de él un individuo, no son reconocidas por su familia.

Muchas veces los pacientes geriátricos recurren a la evasión de la realidad por causas diversas y toman actitudes negativas y nocivas para ellos y quienes los rodean; presentando deterioro de las destrezas por enfermedad, por el proceso de envejecimiento, el desuso o cambios ambientales, ya que ellos se encontraban acostumbrados a otra forma de vida distinta cuando eran unos seres productivos.

Por las causas antes mencionadas, se tomó como medida el implementar un área que ayudara a disminuir estos síntomas y que de una forma general mejorara el estado físico y psicológico.

La Terapia Ocupacional fue una de las disciplinas que favoreció el logro de los objetivos que el Ministerio de Salud persigue. La cual se pudo implementar como una medida paliativa de las actitudes que tomaron los pacientes geriátricos con problemas psiquiátricos, ya que permitió facilitar la adaptación al entorno y mejoró el estado emocional y físico de los pacientes, en combinación con la Terapia Física. A continuación se presenta el contenido

de la investigación realizada, sobre: Los beneficios de la Terapia Ocupacional en pacientes con trastornos psiquiátricos entre las edades de 60 a 95 años, atendidos en el área de Fisioterapia del Asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel, durante el período de julio a septiembre de 2004, la cual comprende:

El capítulo uno: Contiene el planteamiento del problema, los antecedentes de la investigación en la que se hace una reseña histórica de la enfermedad y como ha venido evolucionando en El Salvador. Se relata como surgió el Asilo San Antonio, en la ciudad de San Miguel. El enunciado del problema que se hace a través de una interrogante; luego se definen los objetivos de la investigación tanto generales como específicos que sirvieron de base para cumplir con las metas propuestas.

El capítulo dos: Consta del marco teórico; en ello se plasma la base teórica del tema: iniciando con el envejecimiento del cerebro, las patologías más frecuentes en pacientes geriátricos, posteriormente se da a conocer el tratamiento de Terapia Ocupacional, los objetivos del tratamiento y las actividades ocupacionales. En este capítulo para una mejor comprensión del contenido se presenta la definición de los términos básicos.

El sistema de hipótesis es el capítulo tres, éste sirvió como base y dio una explicación tentativa al fenómeno de investigación el cual contiene la hipótesis de investigación, la hipótesis nula y la hipótesis alternativa. Con su respectiva operacionalización de variables e indicadores.

En el capítulo cuatro: Se presenta el diseño metodológico donde se muestra el tipo de investigación, el universo, la muestra, las técnicas de obtención de la información, los instrumentos que se usaron para la recolección de datos y el procedimiento que da a conocer en forma resumida como se llevó a cabo la planificación y la ejecución de esta investigación.

La tabulación, análisis e interpretación de los resultados forman el capítulo cinco en el cual se registran los datos obtenidos durante el proceso de ejecución que fueron tomados de la evaluación de Terapia Ocupacional; realizada a la población en estudio; esta información permitió hacer el análisis e interpretación de cada cuadro elaborado.

El capítulo seis lo conforman las conclusiones y recomendaciones las cuales se elaboraron de acuerdo a los resultados obtenidos.

Finalmente se presenta la bibliografía consultada con la que se reforzó el marco teórico, y los anexos que ilustran los diferentes aspectos del período de planificación y de la ejecución.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA

El envejecimiento es el proceso natural de la vida de todo ser humano, pero muchas veces este proceso sufre un bloqueo mental en los ancianos, pues muchos de ellos son considerados por sus familiares, vecinos y amigos como una carga; así mismo para la sociedad, aislados y privados de un calor de hogar y abandonados en centros de atención a adultos mayores.

Estos centros de asistencia social se encuentran en todo el mundo, aunque en los países latino americanos la calidad de infraestructura y la falta de recursos humanos capacitados es muy difícil de tener por la cultura de las personas y la pobreza en la que están sumergidos estos países.

El Salvador, específicamente la zona oriental, cuenta con un centro de atención a hombres y mujeres, pero no es fácil el implementar un programa integral ya que no poseen los suficientes recursos económicos, lo cual implica falta de personal, equipo necesario y edificios idóneos.

Este centro llamado Asilo San Antonio, está ubicado en la ciudad de San Miguel, creado hace más de 60 años como un proyecto de amor por parte del Monseñor Víctor Basilio

Plantier. El centro alberga a 110 ancianos entre ellos 47 hombres y 63 señoras internas principalmente por abandono.

De acuerdo a la edad, los ancianos presentan trastornos psiquiátricos muy comunes entre los cuales están: trastornos psicopáticos, trastornos psicósomáticos, demencia senil, enfermedad de alzheimer, depresión, histeria, esquizofrenia, neurosis; problemas que pueden presentarse solos o combinados. Provocando conductas regresivas en los ancianos que son respuesta al sentirse abrumado, asustado, angustiado, desamparado y confundido.

En vista de estas complicaciones, se piensa en la Terapia Ocupacional no como un tratamiento curativo o preventivo, sino una alternativa para favorecer la actividad física y mental del paciente, a través de actividades que favorezcan el movimiento y que a la vez estimulen el área cognoscitiva de los ancianos, sirviendo como una válvula de escape a sus problemas mentales.

Partiendo de lo antes expuesto el problema se enuncia de la siguiente manera:

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Qué beneficios se obtienen al aplicar la Terapia Ocupacional a pacientes con trastornos psiquiátricos entre las edades de 60 a 95 años de ambos sexos atendidos en el área de fisioterapia del Asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel, durante el período de julio a septiembre de 2004?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVOS GENERALES:

Aplicar la Terapia Ocupacional en pacientes geriátricos con trastornos psiquiátricos entre las edades de 60 a 95 años atendidos en el área de fisioterapia del Asilo San Antonio.

Conocer los beneficios de la Terapia Ocupacional aplicada a la población en estudio.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Clasificar los diferentes trastornos psiquiátricos que presentan los pacientes geriátricos internos en el Asilo San Antonio.

Conocer las causas que provocan los problemas emocionales de estas personas.

Identificar los problemas asociados que presentan los pacientes con dichos trastornos.

Describir el manejo de la Terapia Ocupacional que reciben los pacientes psiquiátricos.

Determinar cuales actividades mejoran la estabilidad emocional del paciente.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

Para poder comprender las reacciones conductuales que se dan cuando hay trastornos psiquiátricos, es necesario conocer un poco sobre el aspecto cognitivo y las diferentes áreas del cerebro que se ven involucradas.

2.1 ENVEJECIMIENTO DEL CEREBRO

En las personas ancianas saludables y normales, se producen pocos cambios en el cerebro y estos no afectan mucho su funcionamiento. “Después de los 30 años, el cerebro pierde peso, en principio ligeramente, luego con más rapidez. A los 90 años el cerebro puede haber perdido 10% de su peso”.¹ Esta pérdida de peso se ha atribuido a la pérdida de neuronas (células nerviosas) en la corteza cerebral, la parte del cerebro que realiza la mayoría de las tareas cognitivas (ver anexo N° 3).

Sin embargo investigadores más recientes sugieren que la alteración del sistema nervioso central puede afectar no solo la coordinación física sino la cognición. Aunque algunas personas ancianas experimentan declinación aguda en el funcionamiento sensorial y psicomotor, otras no experimentan casi ningún cambio en la vida diaria. Entre los viejos de edad avanzada los trastornos tienden a ser más severos y les impiden hacer mas sus actividades; la vida social y la independencia.

¹/ Diane, F. Papalia, Sally Wendkos Olds, Ruth Auskin. Desarrollo Humano 8ª edición, pág. 648

En las personas geriátricas hay varias causas que provocan la perturbación de la mente, las cuales conllevan a diversos trastornos psiquiátricos, entre los cuales los más comunes se explicarán a continuación.

2.2 PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES GERIÁTRICOS

2.2.1 DEPRESIÓN

Trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza profunda. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido. La depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique y además grave y persistente puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el auto castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer, estos son síntomas frecuentes en los internos del Asilo San Antonio; y afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos períodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia y en general los períodos de crisis o cambios importantes) parecen ser más afectadas.

TIPOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN: se reconocen dos grandes categorías dentro de la depresión, aunque en ambos la perturbación del estado de ánimo es el síntoma principal. En la primera, el trastorno depresivo, aparecen sólo en episodios de depresión. En la segunda, bipolar o síndrome maniaco depresivo, se alternan períodos depresivos con otros de ánimo exaltados y euforia (manía).

“En las depresiones simples o en las fases depresivas de las bipolares, domina el ánimo depresivo, aunque el paciente puede no ser consciente de su tristeza”.² Suele haber pérdida de interés y abandono de las actividades habituales; y los síntomas pueden incluir: perturbaciones del sueño, pérdida del apetito o apetito desmedido, incapacidad para concentrarse o para tomar decisiones, lentitud de ideación y energía decaída; sentimientos de inutilidad, desesperación y desprecio de uno mismo. Esto se da frecuentemente en los pacientes en estudio ya que por la edad avanzada, los problemas familiares, y la incapacidad física se dan todos estos síntomas muy bien marcados; siendo esta enfermedad la que más afecta psicológicamente ya que presentan los ancianos ideas recurrentes del suicidio y muerte.

En la fase maníaca el ánimo del paciente es elevado, exaltado, expansivo o irritable, el comportamiento es extravagante y en ocasiones ofensivo. Otro síntoma es exceso de locuacidad, la fuga de ideas, las ideas de grandeza, una actividad sexual, laboral y social excesiva, incapacidad de concentración, pérdida del juicio y disminución desmedida del sueño. Este trastorno se da en menor escala en los pacientes del Asilo San Antonio ya que estas personas ya no presentan una vida social y laboral normal.

Aparición: al parecer; los trastornos depresivos pueden tener una cierta “predisposición de tipo genético, por lo que el riesgo de sufrir un trastorno de este tipo es mayor en las familias de pacientes depresivo. La mayor proporción se da en las mujeres”.³

³/ Enciclopedia, Microsoft Encarta 2004, Depresión.

²/ <http://www.nimh.nih.gov/publicat/depresión.cfm# ptdep2>. 6 pág.

2.2.2 NEUROSIS

También llamada psiconeurosis término que describe una variedad de trastornos psicológicos que originalmente parecieron tener su origen en algún problema neurológico; pero, a los que hoy se atribuye a un origen psíquico, emocional o psicosocial; una de sus características es la ansiedad, personalmente dolorosas y origen de un comportamiento inadaptado.

Es ampliamente aceptado que el término neurosis, se aplica para intentar diagnosticar a aquellas afecciones cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico o interno utilizando mecanismos defensivos inconsistentes, ningún síntoma neurótico debe tomarse como indicativo de algún tipo de trastorno mental.

TIPOLOGÍA DE LA NEUROSIS: a- Neurosis de angustia b- Neurosis obsesiva.

NEUROSIS DE ANGUSTIA: los estados de angustia y ansiedad suelen incidir en sujetos sometidos a estados generales de hiper ansiedad, como consecuencia de factores hereditarios o ambientales. Una neurosis de angustia se caracteriza básicamente por sentimientos de tensión, angustias episódicas difusa en ataques; molestias somáticas parestesias, mareos, pesimismo; ansiedad, temor o fobias para lo que el enfermo no encuentra razones adecuadas que lo justifiquen. En los pacientes que se tomó como muestra no se encontró este tipo de neurosis.

NEUROSIS OBSESIVAS: este tipo de neurosis se encontró en un 15% de la población “presentándose en personalidades fundamentalmente rígidas e inflexibles; que carecen de adaptabilidad”⁴ ya sea al centro o a la forma de vivir dentro de él, ya que son propensas a una disciplina y un orden extremo. Los actos rituales como contar o repetir acciones o frases, rumiar los pensamientos y abandonarse a especulaciones en buena parte estériles, se basan en un profundo sentimiento de inferioridad, temores mórbidos y sentimientos de culpabilidad, es frecuente que exista depresión, tensión y ansiedad, pueden experimentarse sentimientos de agresividad”.

2.2.3 HISTERIA

Trastorno mental que se caracterizó en los ancianos por conflictos emocionales reprimidos en forma de síntomas físicos (denominados reacciones de conversión) o como grave disociación mental. Las causas de la enfermedad histeria son esencialmente emocionales y suponen un intento muy disfrazado de obtener alguna ventaja mediante la producción de síntomas de alguna enfermedad orgánica.

TIPOLOGÍA DE LA HISTERIA: existen otros tipos de esta enfermedad pero el que más se caracterizó fue la histeria de conversión; todas las personas sometidas a la ansiedad que conllevan a los conflictos emocionales, todos podemos reaccionar con síntomas físicos que incluso produzcan patologías orgánicas reales (de tipo psicossomático), como úlceras o

⁴/ Feldman, Robert. Psicología con aplicaciones a países de habla hispana, pág. 406

algunas alergias, pero en las reacciones de conversión, son los conflictos mentales inconscientes, los convertidos en síntomas con apariencia física sin fundamento fisiológico real; con un tipo de personalidad dramatizadora, histriónica, extravagante, absorbente, egocéntrica, neurótica y manipuladora.

2.2.4 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Esta es la más común y terrible demencia irreversible, deteriora la inteligencia, la conciencia e incluso la capacidad de controlar las funciones corporales, finalmente, la persona muere. “Es una enfermedad degenerativa del cerebro para la cual no existe recuperación lenta e inexorablemente, ataca las células nerviosas en todas las partes de la corteza del cerebro, así como algunas estructuras circundantes”⁵ deteriorando así las capacidades de las palabras de gobernar las emociones, reconocer errores y patrones, coordinar el movimiento y recordar.

SINTOMAS Y DIAGNOSTICO: con mucha frecuencia, los primeros síntomas de la enfermedad son imperceptibles por lo cual fue muy difícil el poder identificar en los pacientes este trastorno, ya que parecen olvidos normales o pueden interpretarse como señales de envejecimiento corrientes (ver anexo N° 4). El primer síntoma más importante es la incapacidad para recordar ya que muchas veces se les está dando las mismas indicaciones a cada momento ya que no pueden recordar eventos recientes o asimilar nueva información. Este tipo de personas pueden repetir preguntas ya respondidas o dejar inconclusa una tarea

⁵/ ibidem. Pág. 655

cotidiana; luego aparecen más síntomas: irritabilidad, ansiedad, depresión y más tarde, alucinaciones, delirios y divagaciones; puede afectarse la memoria a largo plazo, la concentración, la orientación y el discurso y los pacientes tienen dificultad para cumplir actividades de la vida diaria (ver anexo N° 5).

Hasta la fecha, el único diagnóstico seguro se basa en el análisis de tejido cerebral, que sólo puede realizarse con seguridad en la autopsia después de la muerte; se prueban nuevos métodos para diagnosticar o prevenir a tiempo la enfermedad.

2.2.5 TRASTORNO PSICOPÁTICO

La conducta de estos enfermos se caracteriza por una agresividad social. Suele existir una incapacidad para aprovecharse de las experiencias, una escasez de juicio, la atención centrada en uno mismo, respuestas emocionales fáciles, falta de responsabilidad, agresividad a presión y una tendencia a repetir errores; estos fueron algunos de los síntomas que presentó un 15% de la población en estudio, pudiendo tomar una diferente actitud mediante las actividades realizadas. Las principales reacciones psicopáticas que afectaron el rendimiento y las relaciones personales, fueron las siguientes:

- a)** Una aparente competencia que enmascaró frecuentes fracasos.
- b)** Carencia de un “plan de vida” sólo importa lo presente.
- c)** Incapacidad para valorarse a sí mismo o a la propia conducta.
- d)** Falta de perseverancia y confianza en cualquier campo.

2.2.6 TRASTORNO PSICOSOMÁTICO

Existen dos tipos principales de alteraciones psicosomáticas: aquellas en las que el trastorno emocional se considera responsable de la producción de síntomas orgánicos, y aquellas en las que el trastorno emocional complica los síntomas ya existentes. Esta es una de las principales características que presentó una anciana que estuvo en tratamiento, ya que los síntomas de dolor y ardor nunca dejaron de existir a lo largo del transcurso de esta investigación, para poder obtener la mayor atención de todo el grupo y evitar tareas no deseadas.

SINTOMATOLOGÍA: los trastornos psicosomáticos abarcan una gran variedad de síntomas los cuales estuvieron presentes en los pacientes y estos son: asma, migraña, úlceras, urticaria, neurodermatitis, y diarreas persistentes entre muchos e incontables.

2.2.7 DEMENCIA SENIL

Forma clínica de deterioro intelectual del anciano. “Alrededor del 10% de todas las personas mayores de 65 años sufren un deterioro intelectual significativo. Aunque una quinta parte de los casos se debe a causas que pueden ser tratadas”.⁶ Como por ejemplo reacciones indeseables a fármacos, la mayoría padecen enfermedades degenerativas (ver anexo N° 6).

⁶/ Enciclopedia Microsoft Encarta 2004. Demencia Senil.

SINTOMATOLOGÍA: algunos de los que se encontraron en los pacientes fueron: inicialmente fallos en la atención y la memoria, pérdida de habilidades matemáticas, irritabilidad, pérdida del sentido del humor y desorientación, tanto temporal como espacial.

2.2.8 ESQUIZOFRENIA

Abarca un grupo de trastornos graves que normalmente se inician en la adolescencia. Los síntomas son las agudas perturbaciones del pensamiento.

En sentido literal, esquizofrenia significa “mente dividida” sin embargo, a pesar de la concepción popular que se tiene de este trastorno, no siempre se produce una disociación de la personalidad.

SÍNTOMAS: Aparecen de manera simultánea. A las personas que se estudió se vio afectado el área del pensamiento, las percepciones, los sentimientos, los movimientos y las relaciones interpersonales. Las alteraciones del pensamiento se traducen en la capacidad para establecer conexiones lógicas, o en la aparición de delirios. Las alucinaciones son la principal alteración de la percepción y las más frecuentes son las auditivas; el paciente oye sus propios pensamientos en voz alta, o escucha voces imaginarias que le ordenan realizar ciertos actos como el golpear o castigar a sus compañeros o el que debe defenderse de todos los que le rodean.

Las alteraciones del movimiento se manifiestan de dos formas: la catatonía es una

situación poco frecuente en la que el paciente mantiene una postura rígida durante largos períodos de tiempo, sin embargo son más frecuentes los movimientos incongruentes y reiterativos de forma impulsiva. A pesar que el discurso incoherente y el comportamiento extravagante de los pacientes pueden resultar cómicos en ocasiones, existe un conflicto interior que es una fuente de tormento.

CAUSAS: los científicos coinciden en que no existe una causa única de la esquizofrenia, sino que su aparición resulta de la combinación de factores biológicos, psicológicos y culturales (los mismos que configuran la personalidad en circunstancias normales).

Cuando existe uno de estos problemas psiquiátricos es necesario ayudar al paciente a la independencia y función el mayor tiempo posible, estimulando el área intelectual, motora y funcional por medio del área de Terapia Ocupacional.

2.3 TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

El área de Terapia Ocupacional estuvo encaminada a la evaluación del estado mental por medio de exámenes. Estos exámenes generalmente constan sólo de unas cuantas preguntas y con ellas se evalúa la función mental, incluyendo: la orientación, la memoria y la habilidad de uso de lenguaje, los resultados varían de acuerdo a la edad, nivel de educación y los antecedentes culturales. También es importante la evaluación del funcionamiento en las actividades de la vida diaria.

2.3.1 LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO ESTUVIERON

ENCAMINADOS A:

Mantener movilidad articular ya sea mediante ejercicios o diferentes actividades, cuando no hay patologías que impidan poder realizarlas.

Mantener fuerza muscular, dentro de las capacidades del paciente ya que muchas veces los músculos se atrofian o debilitan por desuso.

Estimular el sentido, color, forma, tamaño ya que muchas veces estas características esenciales de las cosas los ancianos no las distinguen.

Estimular recuerdos tanto pasados como sucesos que van ocurriendo; ya sea platicando con el paciente o en sesiones de grupo.

Estimular área cognitiva (atención, concentración, memoria); ya que ésta es la base para realizar la mayoría de las actividades y comportarse correctamente en cada situación que se presente.

Estimular habilidades que todavía puede hacer AVD (alimentación, higiene, vestido, traslado, comunicación); con el propósito de evitar la incapacidad y mantener la independencia.

Mantener prensiones gruesas y finas, por medio de objetos de diferentes tamaños ya que muchas personas ya sea por la inactividad que mantienen o por alguna degeneración no pueden realizarlas.

Incrementar la confianza del paciente y que aporte actitudes más responsables; por medio de actividades que pueda hacer y que él le enseñe a los demás compañeros de grupo; estimulando siempre con palabras que le ayuden a continuar.

Ayudar al enfermo a abandonar mecanismos de defensa (agresión, falta de atención, depresión) mediante actividades que pueda hacer y que sean de su agrado para poder estabilizar su estado emocional.

2.3.2 ACTIVIDADES OCUPACIONALES.

Pegar figuras en una parte alta, de colores y de diferentes formas; con el fin de estimular áreas de movimiento y el área cognitiva.

Pasar objetos pesados (a tolerancia) de un lugar a otro; para mantener la fuerza muscular.

Hablar con el paciente, repitiendo frases muy cortas y claras lentamente (test de memoria).

Realizar ensayos de alimentación, higiene, vestido y traslado para que pueda mantener la independencia y capacitar al anciano para cualquier AVD con adaptación si presenta alguna deformidad y estimular la deambulaci3n ya sea con aditamentos como muletas, bastones, andaderas.

Manipular objetos de diferentes tama1os y formas para presiones gruesas y finas; por medio de pelotas, cubos, arenas, plastilinas.

Tomar en cuenta al paciente para las decisiones en relaci3n a sus actividades, que tambi3n el opine que le gusta hacer, 3r.

Actividades recreativas que ayuden a la socializaci3n y esparcimiento.

Realizar actividades que estimulen su autoestima (que realicen actividades que sean de su creatividad y su conocimiento).

Actividades que aumenten el rendimiento intelectual como a armar rompecabezas, juegos de ajedrez.

Procurar que tanto el paciente como el terapeuta creen un ambiente de humor en cada actividad a realizar.

Deben utilizarse juegos, ya que son convenientes para aliviar la tensión mental; la jardinería y otros ejercicios físicos sirven para absorber la energía del paciente o mejorar su estado físico.

Practicar actividades que sean cada de vez más reales y puedan utilizarse en definitiva como medios de recuperar la confianza en las labores cotidianas, actividades recreativas y grupos sociales y a la vez que favorezcan la adopción de actitudes más responsables como son: confeccionar una prenda de vestir, cortar y arreglar flores o acudir a la peluquería por si solo.

Las ocupaciones que distraigan el interés del paciente de sus síntomas pueden consistir en actividades que apelen a sus intereses egocéntricos, utilizando la modistería, la cocina, fabricación de juguetes de madera, jardinería, ir de compras, deportes y baile.

Las actividades escogidas han de estar dentro de la capacidad física del paciente y deben incluir la auto expresión entre éstas se podrá utilizar el dibujo y pintura libre, la carpintería, la metalistería, agricultura.

Deben realizarse aquellas actividades que requieran la colaboración de grupo como: cocinar, la panificación, piñatería, pintar.

Actividades de destreza manual y creatividad, como: arte, trabajos de ingeniería, música, escritores, experimentar con nuevas invenciones, manualidades con lazo.

Es necesario el establecimiento de una rutina laboral y en ocasiones se obtiene mejor resultado al colocar a un enfermo en un ambiente en el que haya enfermos relativamente estables, como en un taller protegido (personal que cuide a estas personas o implementos con los cuales no se hagan daño).

Actividades en las cuales los pacientes tengan un esparcimiento físico y mental como caminatas en parques o zonas verdes, visitas a lugares recreativos como piscinas, lagos, playas.

Ayudar al paciente al estado cognitivo por medio de charlas con el propósito que recuerde hechos pasados y actuales; actividades que realiza diariamente.

Lo anteriormente expuesto se considera de suma importancia ya que al evaluar a los pacientes se tomó en cuenta los siguientes parámetros de evaluación física como son: dolor y edema ya que a pesar de las enfermedades mentales; que estaban padeciendo también presentaron enfermedades físicas como artritis, fracturas, hemiplejías y otras que aumentaban los síntomas psicológicos ya existentes.

Haciendo énfasis que los signos y síntomas antes mencionados pueden aparecer en diversas patologías y que muchas veces afecta más a miembros superiores; por lo cual se ve la importancia de aplicar la Terapia Ocupacional para una mejor calidad de vida.

Estos signos y síntomas fueron desapareciendo gracias al tratamiento integral que se les dio a los pacientes en estudio ya que se trabajó con un equipo multidisciplinario, como fue el médico, enfermera, que les dieron tratamiento farmacológico, psicólogos, y se les dio desde el inicio del tratamiento Terapia Física y Terapia Ocupacional; por lo cual en la evaluación final se obtuvo considerablemente una disminución en los síntomas de dolor y edema que los pacientes presentaban.

2.3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

CATATONÍA: Trastorno caracterizado por alteraciones motoras muy llamativas que suelen manifestarse por inmovilidad con rigidez muscular extrema o más raramente por una excesiva actividad impulsiva.

COGNITIVO: Proceso mental del conocimiento, pensamiento, aprendizaje y juicio.

DELIRIO: Estado de extrema excitación o entusiasmo exagerado.

EUFORIA: Sensación de bienestar o alegría. Sentido anormal o exagerado de bienestar físico y emocional, sin una base real.

EVASIÓN: Reacción aprendida consciente o inconsciente para evitar un estímulo desagradable o doloroso.

MORBIDO: Relativo a una situación patológica o anormal, tanto física como mental.

NEURODERMATITIS: Trastorno cutáneo inespecífico que cursa con prurito y aparece en sujetos angustiados.

PERCEPCIÓN: Reconocimiento e interpretación consciente de los estímulos sensoriales a través de asociaciones inconscientes, especialmente la memoria.

REGRESIÓN: Retorno de una forma más primitiva y temprana de comportamiento.

SENSORIAL: Área, región del cortex cerebral que recibe impulsos de los nervios sensitivos incluidos el lóbulo talámico, nucleico, y parietal.

CAPÍTULO III
SISTEMA DE HIPÓTESIS

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.

3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.

H₁: Los beneficios que proporciona la Terapia Ocupacional son: mayor rendimiento de las actividades de la vida diaria y mejora la forma conductual y psicológica de los pacientes.

3.2 HIPÓTESIS NULA.

H₀: La Terapia Ocupacional no proporciona beneficios ni un mayor rendimiento de las actividades de la vida diaria y no mejora la forma conductual y psicológica de los pacientes con trastornos psiquiátricos.

3.3 HIPÓTESIS ALTERNATIVA.

H_a: La Terapia Ocupacional facilita por ciertos períodos de tiempo la realización de actividades voluntarias en el paciente con trastornos psiquiátricos y ayuda al estado de ánimo.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	INDICADORES
Los beneficios que proporciona la Terapia ocupacional son: mayor rendimiento de las actividades de la vida diaria y mejora la forma conductual y psicológica de los pacientes con trastornos psiquiátricos.	Terapia Ocupacional	Es la ciencia que tiene como objetivo la planificación de las actividades tanto físicas como mentales con propósitos y fines médicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades personales de la vida diaria. • Actividades expresivas y creativas. • Actividades intelectuales y docentes. • Actividades industriales y vocacionales. • Actividades sociales y recreativas. • Mecanoterapia.
	Trastorno psiquiátrico.	Patrón repetitivo y persistente de comportamiento agresivo y antisocial que viola las normas sociales o los derechos de los demás.	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro cognitivo. • Medioambiente. • Relaciones interpersonales. • Reacciones a fármacos. • Enfermedades orgánicas.
	Mayor rendimiento de las actividades de la vida diaria.	Aumento de la calidad de las actividades personales que realizan los pacientes geriátricos.	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene. • Vestido. • Alimentación. • Traslado. • Comunicación.
	Mejora de forma conductual y psicológica de los pacientes.	Estado relativo de la mente en el cual una persona es capaz de hacer todas las cosas de modo estable.	Se verá por medio de la evaluación y observación periódica; de actividades que las personas realizan.

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El tipo de investigación que se utilizó es el prospectivo, ya que mediante fue realizándose el estudio y se realizó cada actividad se recopiló información y datos específicos; también fue una investigación de campo ya que se obtuvieron datos reales, mediante la observación, y otras técnicas utilizadas.

4.2 POBLACIÓN.

La población estuvo conformada por todos los pacientes internos en el Asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel que hicieron un total de 110 ancianos.

4.3 MUESTRA.

La muestra fue determinada por los pacientes que asistían al tratamiento de Terapia Física, con anterioridad y que se les observó algún tipo de trastorno emocional, comprendidos entre las edades de 65 a 95 años que hacen un total de 13 personas.

4.4 TIPO DE MUESTREO.

Por el tipo de investigación se optó por el muestreo no probabilístico ya que se eligió una parte de la población por sus características específicas y a conveniencia para el investigador.

4.5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

Hay varias técnicas de obtención de datos pero es necesario elegir los indicados para poder encontrar la información deseada; y estas técnicas que se utilizaron son:

DOCUMENTAL BIBLIOGRÁFICA: la cual permitirá obtener la información de libros, diccionarios especializados y enciclopedias.

DOCUMENTAL HEMEROGRÁFICA: con esta técnica se obtuvo información de tesis, separatas, documentos, revistas y periódicos.

DOCUMENTAL DE INFORMACIÓN ELECTRÓNICA: que permitió enriquecer la base teórica mediante la consulta de sitios Web o páginas electrónicas.

TÉCNICAS DE CAMPO: donde se hizo uso de la **observación** dirigida al paciente la cual ayudó al registro visual de la situación real y la **entrevista** dirigida a los jefes del Centro.

4.6 INSTRUMENTOS.

Entre los instrumentos que se utilizaron están:

Fichas bibliográficas y hemerográficas.

Guía de observación (ver anexo N° 8)

Guía de evaluación (ver anexo N° 9)

Materiales:

Pegas, alambre de amarre, lápices, crayolas, tela papel bond, papel crespón, cartulina, papel lustre, hilo de colores, agujas, papel de china, lana, pintura de dedo, lazos, plastilina, silicón, elástico, pistola, blondas, rompecabezas, flores, pelotas de diferentes tamaños, grabadora, cartón, mesas, durapack, sillas, pinceles, tijeras, cajitas plásticas, tirros, cuentos, algodón, cascarones de huevos, globos, vasos, ventilador, baja lengua.

4.7 PROCEDIMIENTO.

El desarrollo del trabajo se realizó en dos momentos:

En un primer momento se hizo la selección del tema a investigar; una vez aprobado éste se solicitó a la dirección del Asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel; el respectivo permiso para realizar la investigación en el área de Fisioterapia; posteriormente, se procedió a buscar información bibliográfica, para luego elaborar el protocolo durante el período comprendido de mayo a junio de 2004.

En un segundo momento se inició la ejecución en la primera semana de julio donde se seleccionó los pacientes con las características que se necesitaban; una vez determinada la muestra se obtuvo un total de 13 pacientes. Se procedió a la evaluación y observación de cada uno de ellos, información que permitió conocer el estado en que se encontraban y el grado de funcionabilidad que poseían en sus miembros superiores; lo que dio la pauta para que se elaborara el plan de tratamiento más conveniente implementando un horario de atención individual y grupal; se comenzó por asistir 4 días por semana, dando tratamiento a 3 ó 4 pacientes cada día; anotando los resultados obtenidos diariamente en cada actividad en donde se ejecutaron actividades recreativas en combinación con el centro, actividades manuales como: flores de papel, piñatas, mantas bordadas, pollitos de lana y la principal actividad que se llevó a cabo en un mayor tiempo fue las muñecas de trapo.

Los beneficios que se obtuvieron con la terapia ocupacional se midieron a través de la hoja de evolución mensual que estaba en la evaluación de terapia ocupacional y al término de tres meses de tratamiento se realizó una evaluación final de manera que con los resultados de ella se verificó que la hipótesis de trabajo fue positiva; también fue necesaria para la tabulación, análisis e interpretación de los datos recolectados que sirvieron de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Este capítulo da a conocer los resultados obtenidos por medio de la evaluación de Terapia Ocupacional que se realizó en la población en estudio, tanto antes como después de aplicado el tratamiento de Terapia Ocupacional con la finalidad de investigar los beneficios de la Terapia Ocupacional en pacientes con trastornos psiquiátricos entre las edades de 60 a 95 años, de ambos sexos, atendidos en el área de Fisioterapia del Asilo San Antonio de la Ciudad de San Miguel.

Esto se logró mediante un censo poblacional, a través del cual se obtuvieron los datos necesarios de los pacientes en estudio.

El primer cuadro muestra la población por edad y sexo, posteriormente se encuentran los datos sobre la ocupación anterior de los pacientes.

El cuadro número tres presenta el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos.

Seguidamente se presenta el cuadro por signos y síntomas manifestados antes y después del tratamiento.

Después se plasman los diferentes tipos de deformidades patológicas.

Los datos del siguiente cuadro corresponden a las actividades de la vida diaria, en las que existía dependencia al principio del tratamiento, en la cuales se logró la independencia al finalizar, por medio de actividades y acciones repetitivas.

Luego se demuestra la aceptación de las actividades ocupacionales que se realizaron al principio del tratamiento como al reevaluarlos al finalizar el período establecido.

El último cuadro corresponde a la evaluación del área cognoscitiva evaluada antes de iniciar el tratamiento y al final de su aplicación.

Cada uno de los resultados obtenidos en forma de porcentaje se lograron con la siguiente fórmula estadística:

$$F = \frac{Fr}{T} \times 100$$

F = Frecuencia absoluta.

Fr = Frecuencia relativa.

T = Total

CUADRO N° 1

POBLACIÓN DE PACIENTES POR EDAD Y SEXO

Sexo Edad	HOMBRES	F %	MUJERES	F %
60 - 70	1	7.6	6	46.1
70 - 80	2	15.3	1	7.6
80 - 90	1	7.6	1	7.6
90 - 95	-	-	1	7.6
TOTAL	4	30.5	9	68.9

Fuente: Evaluación de Terapia Ocupacional en pacientes del Asilo San Antonio.

ANÁLISIS:

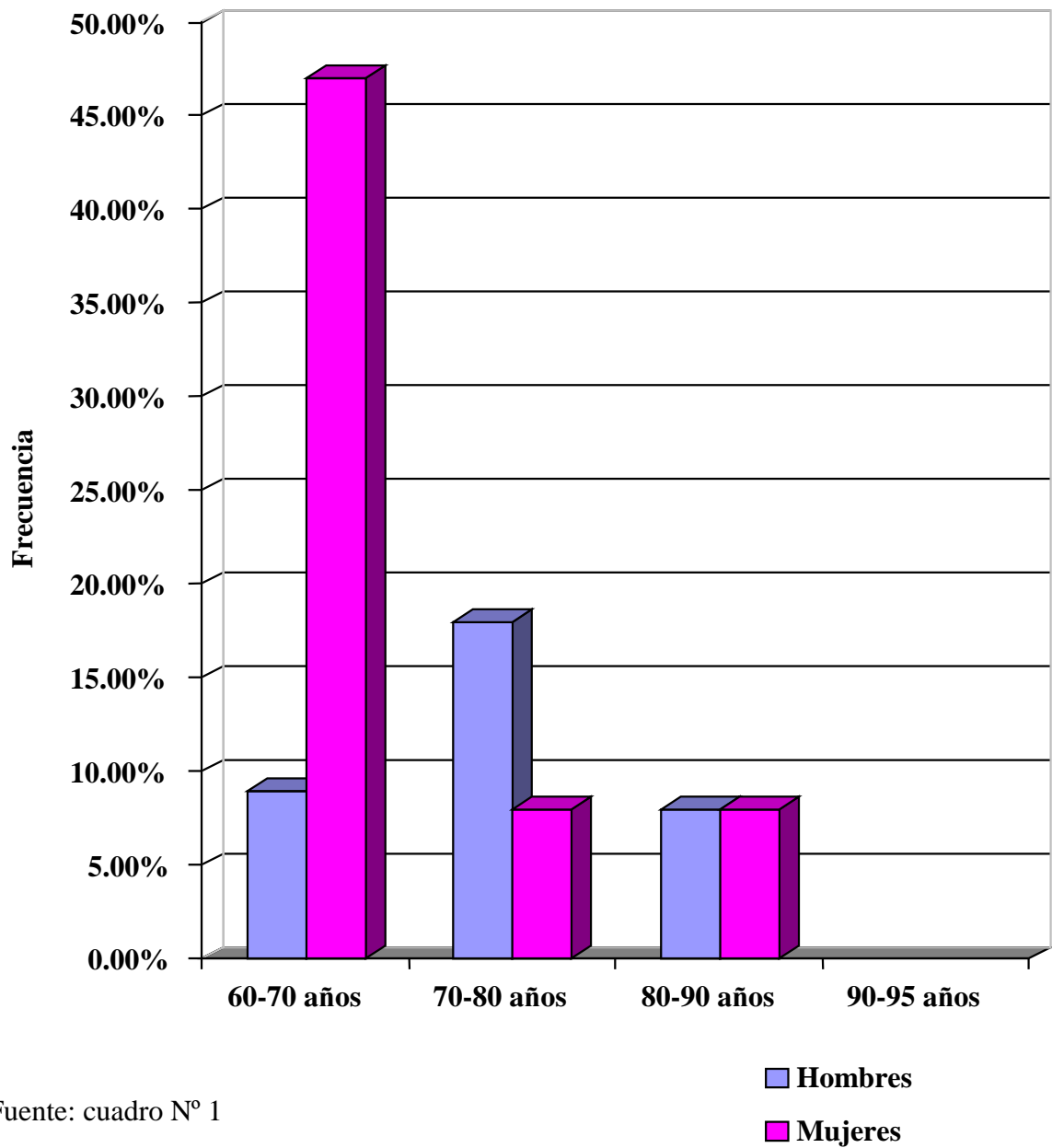
El primer cuadro contiene población por edad y sexo, así entre 60 a 70 años, está representada por el 46.1 % en mujeres, 7.6 % en hombres, de 70 a 80 años en mujeres se ubica con el 7.6 % y en hombres con el 15.3 % de 80 a 90 años en hombres y mujeres tienen el mismo porcentaje de 7.6 % y de 90 a 95 años el porcentaje es de 7.6 %.

INTERPRETACIÓN:

Partiendo del análisis anterior se puede decir que el mayor porcentaje lo constituye el sexo femenino; debido a que los trastornos psiquiátricos afectan más a las mujeres que a los hombres, según la literatura utilizada; desconociendo los factores que inciden para que se dé esta prevalencia.

GRÁFICO N° 1

POBLACIÓN DE PACIENTES DE ACUERDO A EDAD Y SEXO.



CUADRO N° 2

POBLACIÓN DE ACUERDO A OCUPACIÓN ANTERIOR.

Sexo Ocupación	H	%	M	F %
Oficios Domésticos	0	0.0	5	38.4
Costurera	0	0.0	2	15.3
Carpintero	1	7.6	0	0.0
Comerciante	2	15.3	2	15.3
Agricultor	1	7.6	0	0.0
Total	4	30.5%	9	69.0%

Fuente: Evaluación de terapia ocupacional dirigida a pacientes en estudio.

ANÁLISIS:

El segundo cuadro está orientado a dar a conocer la ocupación que desempeñaban los pacientes; el 38.4%, se dedicaba a los oficios domésticos, los comerciantes, el 15.3% representado por mujeres, y el mismo porcentaje en hombres, las costureras con el 15.3%; la carpintería lo ocupa el sexo masculino con el 7.6%; la agricultura la representa el 7.6% del sexo masculino.

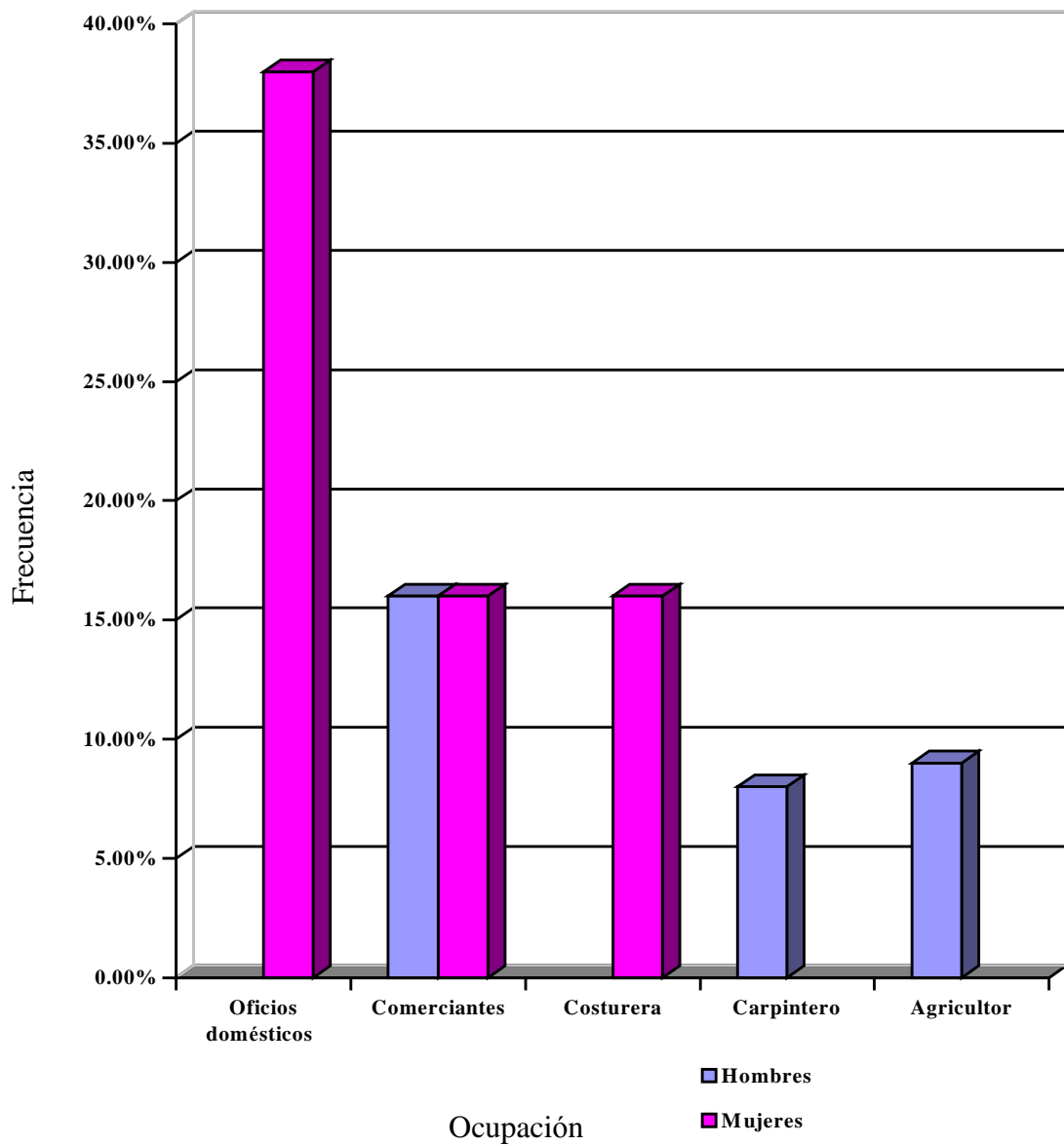
INTERPRETACIÓN:

La ocupación y oficio en las personas afectadas influye para la realización del tratamiento ya que muchas actividades que se llevaron a cabo se les facilitó porque ya tenían

conocimientos sobre estas, a pesar de sus dificultades físicas. Como también a sentirse útiles nuevamente.

GRÁFICO N° 2

OCUPACIONES REALIZADAS ANTES DE INGRESAR AL CENTRO.



Fuente: cuadro N° 3

CUADRO N° 3

DIAGNÓSTICO DE ACUERDO A TRASTORNO PSIQUIÁTRICO.

Diagnóstico \ Sexo	Sexo			
	H	F%	M	F %
Depresión	2	15.3	2	15.3
Neurosis	2	15.3		
Histeria			1	7.6
Alzheimer			1	7.6
Trastorno Psicopático			1	7.6
Trastorno psicossomático			1	7.6
Demencia senil			1	7.6
Esquizofrenia			1	7.6
Ninguna			1	7.6
Total	4	30.6%	9	68.5%

Fuente: Evaluación de terapia ocupacional dirigida a población en estudio.

ANÁLISIS:

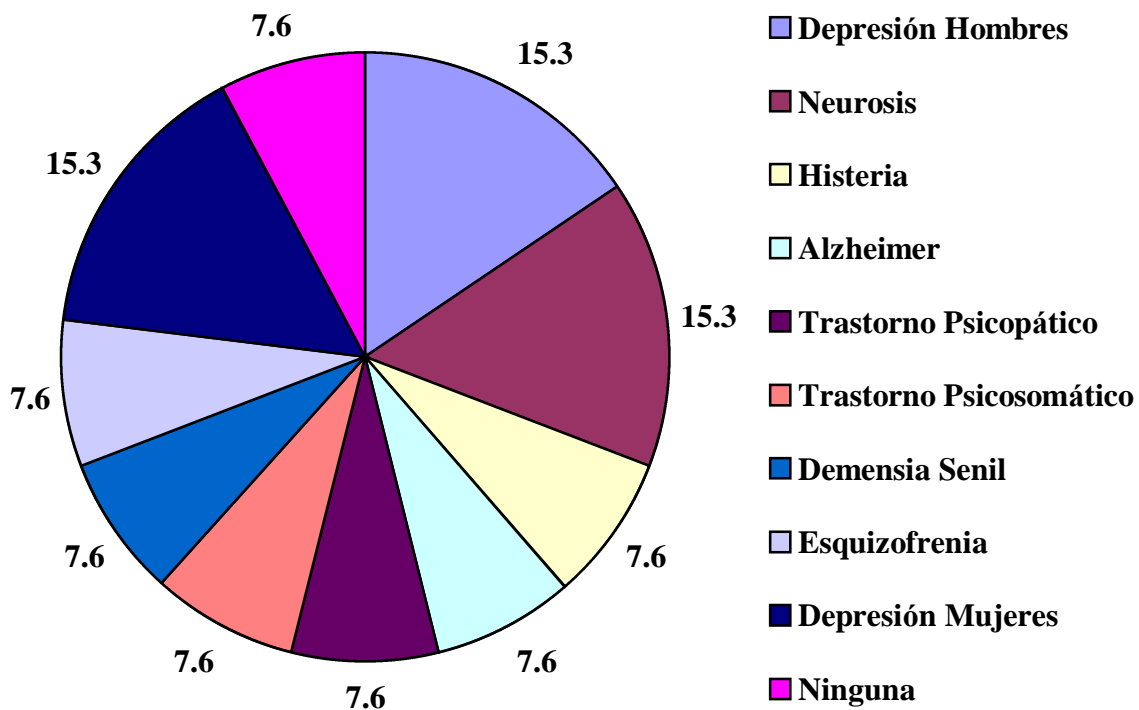
Este cuadro da a conocer los diferentes diagnósticos presentes en la población en estudio encontrándose la depresión en un mayor porcentaje tanto en hombres como mujeres de 15.3% y en un segundo lugar la neurosis con el 15.3% en hombres. Y encontrándose en un 7.6% en cada uno de los trastornos como la histeria, alzheimer, trastornos psicopáticos, trastornos psicossomáticos, demencia senil, esquizofrenia, y un porcentaje de 7.6% para quien no presentó ninguno de estos trastornos.

INTERPRETACIÓN:

El cuadro anterior se considera de mucha importancia ya que al momento del tratamiento fue necesario conocer acerca de los síntomas existentes en cada paciente para poder contrarrestarlos con las diversas actividades, siendo uno de los trastornos más característicos o más marcado el de la depresión; por causas diversas en los internos como el abandono, el sentirse solo o por las diversas enfermedades físicas que imposibilitan realizar algunas actividades; de la vida diaria; tanto en hombres como en mujeres. Y manteniéndose en una misma escala las demás enfermedades.

GRÁFICO N° 3

DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.



Fuente: cuadro N° 3

CUADRO N° 4

DATOS DE ACUERDO A LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES EN LA EVALUACIÓN INICIAL Y EN LA EVALUACIÓN FINAL.

Evaluación inicial					Evaluación final			
Signo y síntomas Intensidad	Dolor	F %	Edema	F %	Dolor	F %	Edema	F %
Leve	2	15.3	2	15.3	6	46.1	1	7.6
Moderado	4	30.7	5	38.4	4	30.7	-	
Severo	6	46.1	-	-	1	7.6	-	
Sin signo	1	7.6	6	46.1	2	15.3	12	92.3
TOTAL	13	99.7	13	99.8	13	99.7	13	99.9

Fuente: Evaluación de Terapia Ocupacional dirigida a población en estudio.

ANÁLISIS:

Este cuadro da a conocer los signos y síntomas tanto en la evaluación inicial, como en la reevaluación, el dolor se encontró leve en un 15.3%, el 30.7% lo presentó moderado y el 46.1% lo tenían severo, y sin signo un 7.6 %; encontrándose un 92.1% de la población con dolor, en distintos grados de intensidad, de edema el 15.3 % presentaba una intensidad leve, el 38.4% la poseía moderada, y en un 46.1% no presentaba.

En la evaluación final, el dolor disminuyó, puesto que un 15.3% no presentó dolor, un 46.1% lo manifestó leve y un 30.7% moderado y sólo un 7.6% expresó tenerlo severo. El

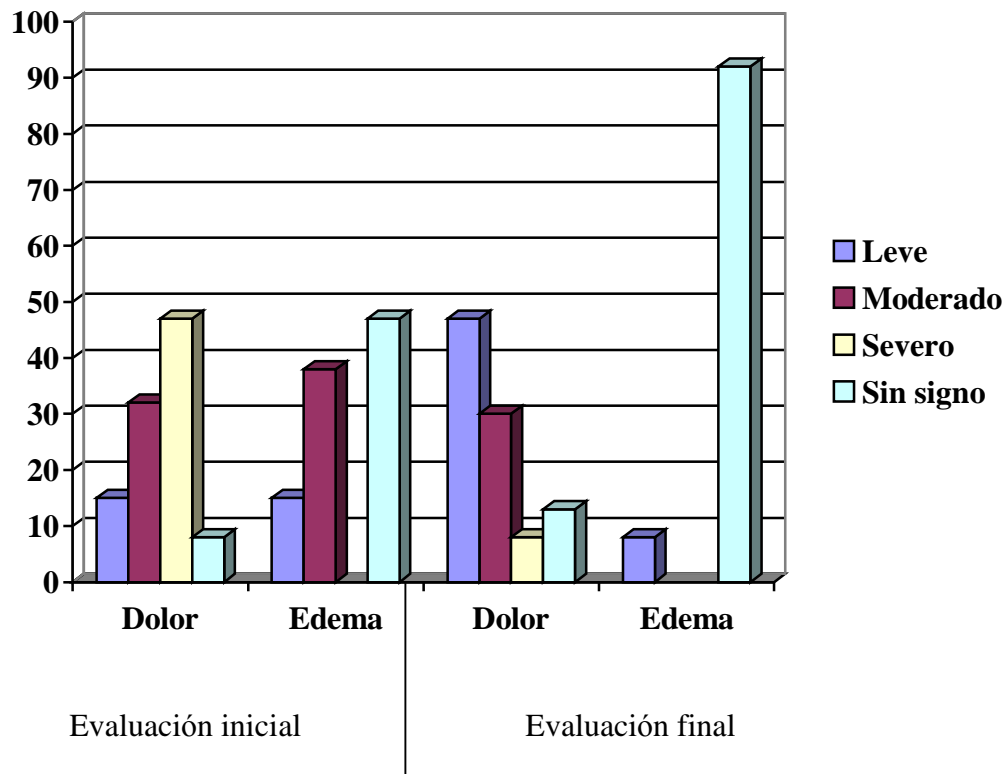
edema se logró controlar ya que solamente un 7.6% lo presentó leve y un 92.3% no lo presentó.

INTERPRETACIÓN:

El cuadro anterior se considera de suma importancia, ya que parte de los síntomas físicos mejoraron significativamente al final de el tratamiento, ya que se le dio seguimiento, también con la ayuda de Terapia Física y complementándola con Terapia Ocupacional se obtuvo considerablemente una disminución del dolor y el edema en los pacientes.

GRÁFICO N° 4

DATOS DE ACUERDO A LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES EN LA EVALUACIÓN INICIAL Y EN LA EVALUACIÓN FINAL.



Fuente: Cuadro N° 4

CUADRO N° 5

TIPO DE DEFORMACIONES PATOLÓGICAS.

Deformidad \ Patología	Artritis Deformante		Osteoporosis		Hemiplejía		Fractura	
		F %		F %		F %		F %
Cifosis			2	15.3				
Escoliosis	1	7.6	2	15.3				
Dedos en cuello de cisne	3	23.0						
Varo de rodillas	2	15.3						
Valgo de rodillas	3	23.0						
Semi-flexión de rodillas							1	7.6
Ms. Ss en flexión	1	7.6						
Ms. Is en extensión	1	7.6			1	7.6		

Fuente: Evaluación de Terapia ocupacional dirigida a pacientes en estudio

- Los datos del cuadro no coinciden en el total porque los pacientes presentan más de una categoría .

ANÁLISIS:

Entre las deformidades que presentaban los pacientes con trastornos psiquiátricos están Cifosis que se coloca en un 15.3% producida por osteoporosis, Escoliosis lo presentó un 15.3% por osteoporosis y en un 7.6% por la artritis deformante, dedos en cuello de cisne se encontró en un 23.0%, la deformidad varo de rodillas se dio en un 15.3%, el valgo de rodillas en un 23.0% por la misma patología, semiflexión de rodillas se encontró en un 7.6%

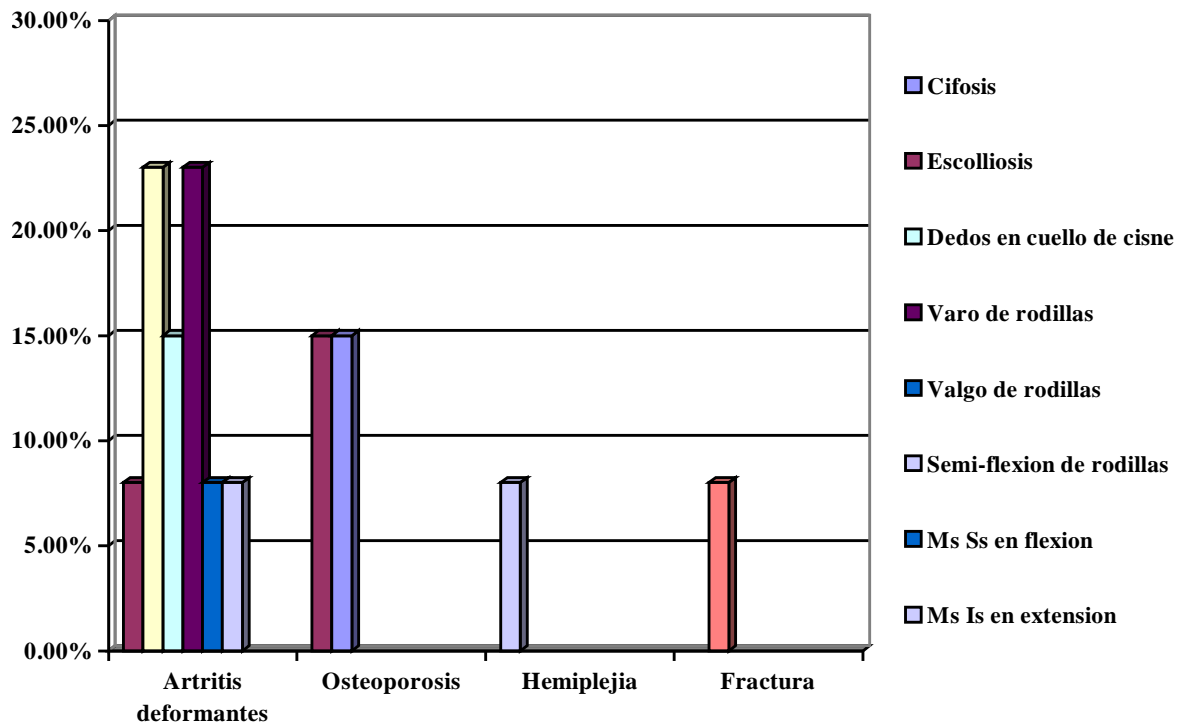
producida por fracturas; las deformidades de flexión en miembros superiores por la patología de artritis deformante en un 7.6 %, la extensión de Ms Is se dio en un 7.6 % producido por la misma patología antes mencionada y en un 7.6 % por hemiplejía.

INTERPRETACIÓN:

En el cuadro anterior se dan a conocer los pacientes que presentaron diversas deformidades como también las diferentes patologías que las produjeron, observando lo siguiente: la mayoría presentó deformidad en miembros superiores e inferiores dificultándoles hacer algunas actividades de la vida diaria o realizarlas con mayor esfuerzo.

GRÁFICO N° 5

DEFORMACIONES PATOLÓGICAS QUE PRESENTA LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.



Fuente: cuadro N° 5.

CUADRO N° 6

DATOS DE ACUERDO A LA DEPENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

Funcionalidad Actividades de la vida diaria	Evaluación Inicial						Evaluación final					
	I	F %	S	F %	D	F %	I	F %	S	F %	D	F %
Traslado	9	69.2			4	30.7	9	69.2	1	7.6	3	23.0
Alimentación	10	76.9	2	15.3	1	7.6	11	84.6	1	7.6	1	7.6
Vestido	8	61.5	4	30.7	1	7.6	9	69.2	3	23.0	1	7.6
Higiene	9	69.2	3	23.0	1	7.6	9	69.2	4	30.7		
Comunicación	13	100					13	100				
Recreación	12	92.3			1	7.6	12	92.3			1	7.6

Fuente: Evaluación de Terapia Ocupacional dirigida a población en estudio

Clave: I : Independiente S : Semidependiente D : Dependiente.

- Los datos del cuadro no coinciden en el total porque los pacientes presentan más de una categoría.

ANÁLISIS:

Este cuadro corresponde a la evaluación y reevaluación de los pacientes de acuerdo a la dependencia de las actividades de la vida diaria, en la evaluación inicial lo representó 4 en traslado, 1 en alimentación, en vestido 1, en higiene 1, ninguno en comunicación, 1 en recreación.

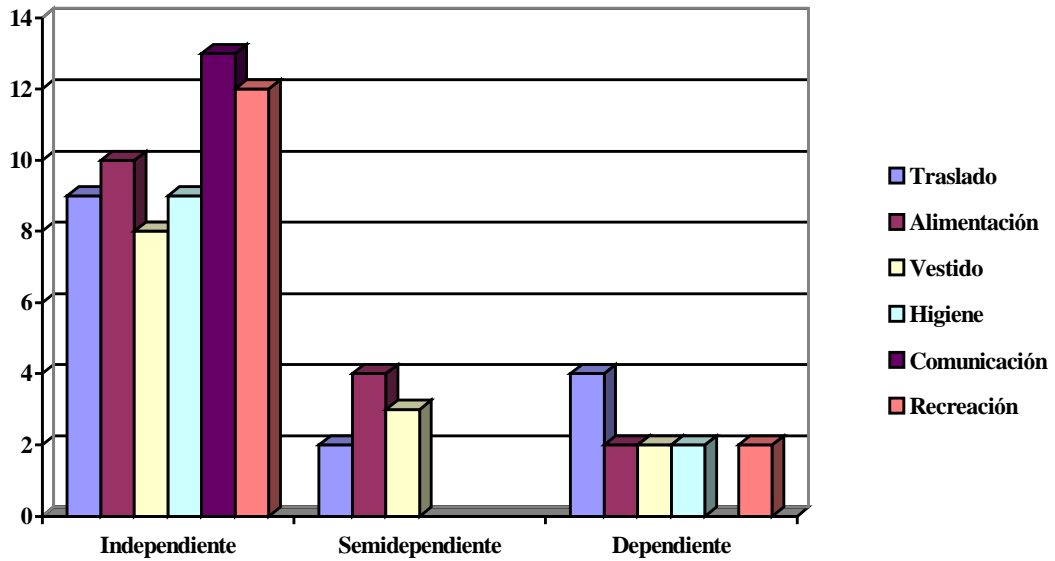
En la reevaluación se menciona los porcentajes de la dependencia, los cuales son los siguientes: en la comunicación e higiene no se registró población dependiente solamente en traslado que presentó 3, alimentación 1, vestido 1 y recreación 1.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de estos pacientes se vieron beneficiados al final del tratamiento, ya que algunos pasaron de dependientes a semidependientes y otros independientes totalmente en sus actividades de higiene y alimentación, así como también mantuvieron los movimientos que no se pudieron aumentar o mejorar por alguna deformidad existente, mediante las actividades ocupacionales, el uso de férulas y también se impartieron charlas de cooperación y compañerismo que fueron proporcionadas durante el tratamiento.

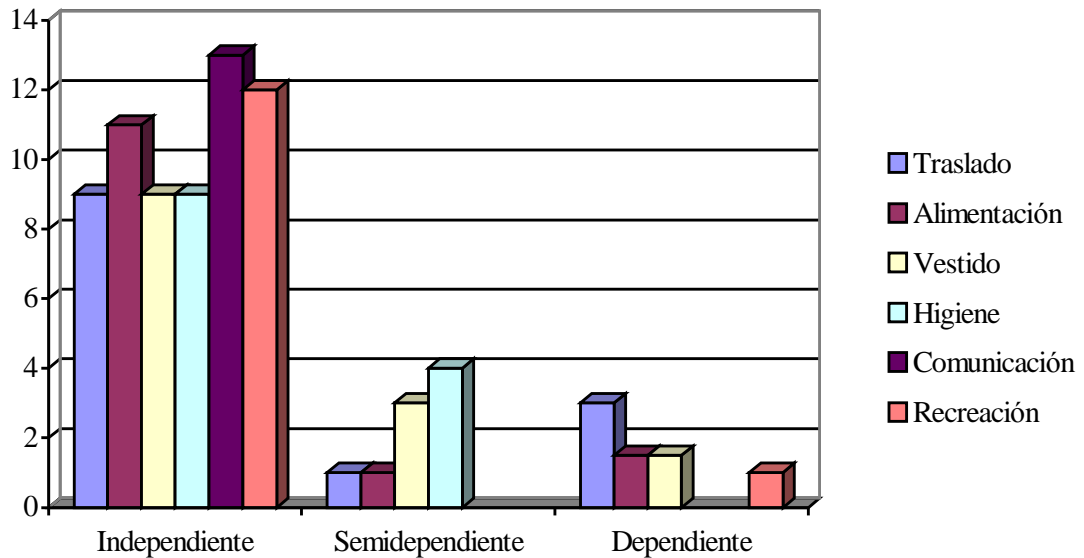
GRÁFICO N° 6

EVALUACIÓN INICIAL DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.



Fuente: Cuadro N° 6

EVALUACIÓN FINAL DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.



Fuente Cuadro N° 6

CUADRO N° 7

ACTIVIDADES OCUPACIONALES REALIZADAS POR LOS PACIENTES.

Habilidades para realizar actividades	Evaluación Inicial				Evaluación Final			
	Si	F%	No	F%	Si	F%	No	F%
Flores	8	61.5	4	30.7	11	84.6	2	15.3
Piñatas	9	69.2	3	23.0	11	84.6	2	15.3
Colas de tela	7	53.8	5	38.4	9	69.2	4	30.7
Bordar	6	46.1	6	46.1	9	69.2	4	30.7
Pollitos de lana	4	30.7	8	61.5	9	69.2	4	30.7
Muñecas de trapo	5	38.4	7	53.8	10	76.9	3	23.0
Payasos de cartulina	9	69.2	3	23.0	12	92.3	1	7.6
Gorritos de cumpleaños	8	61.5	4	30.7	12	92.3	1	7.6
Cojines	4	30.7	8	61.5	8	61.5	5	38.4
Charlar	13	100	---	---	13	100	---	---
Pollitos de algodón	5	38.4	7	53.8	11	84.6	2	15.3
Casitas de paletas	9	69.2	3	23.0	11	84.6	2	15.3
No realizan ninguna actividad			1	7.6	---	---	---	

Fuente: Evaluación de Terapia Ocupacional

- Los datos del cuadro no coinciden en el total porque los pacientes presentan más de una categoría.

ANÁLISIS:

El cuadro anterior presenta las habilidades de los pacientes para realizar actividades ocupacionales entre las cuales las más aceptadas en el transcurso de la ejecución fueron: el charlar con un 100%, piñatas con 84.6%, muñecas de trapo 76.9 %, gorritos de cumpleaños con un porcentaje de 92.3%.

INTERPRETACIÓN:

Algunas de las actividades en la evaluación inicial no tuvo mayor aceptación en algunos pacientes, ya sea por la falta de actividad física que tuvieron antes de comenzar su tratamiento de Terapia Ocupacional o por la falta de confianza que pudieron sentir hacia el terapeuta o a sus compañeros de terapia grupal; otros por la falta de experiencia para realizar las actividades.

La mayoría de estos pacientes se beneficiaron al final del tratamiento, ya que en las actividades antes mencionadas disminuyó la cantidad de personas que no las querían realizar; aumentó la confianza en sí mismo y mejoraron las relaciones interpersonales, se dio más la cooperación grupal y se mejoraron las prensiones y movimientos de miembros superiores, disminuyeron síntomas psicológicos que estaban presentes en los pacientes en estudio.

CUADRO N° 8

EVALUACIÓN DEL ÁREA COGNOSCITIVA.

Nivel Conducta	Evaluación Inicial						Evaluación Final					
	Buena	F%	Regular	F%	Mala	F%	Buena	F%	Regular	F%	Mala	F%
Atención	6	46.1	7	53.8			12	92.3	1	7.6		
Concentración	5	38.4	8	61.5			11	84.6	2	15.3		
Memoria	3	23.0	8	61.5	2	15.3	5	38.4	7	58.8		
Juicio	9	69.2	4	30.7			10	76.9	3	23.0	1	7.6
Capacidad de aprendizaje	4	30.7	8	61.5	1	7.6	11	84.6	2	15.3		
Relaciones interpersonales	6	46.1	5	38.4	2	15.3	11	84.6	2	15.3		

Fuente: Evaluación de Terapia Ocupacional dirigida a población en estudio.

- Los datos del cuadro no coinciden en el total porque los pacientes presentan más de una categoría.

ANÁLISIS:

El último cuadro corresponde a la evaluación y reevaluación de los pacientes de acuerdo a el área cognoscitiva en los cuales se observa que en la evaluación inicial el nivel de conducta no era muy satisfactorio, ya que la memoria poseía un porcentaje de 15.3% en el

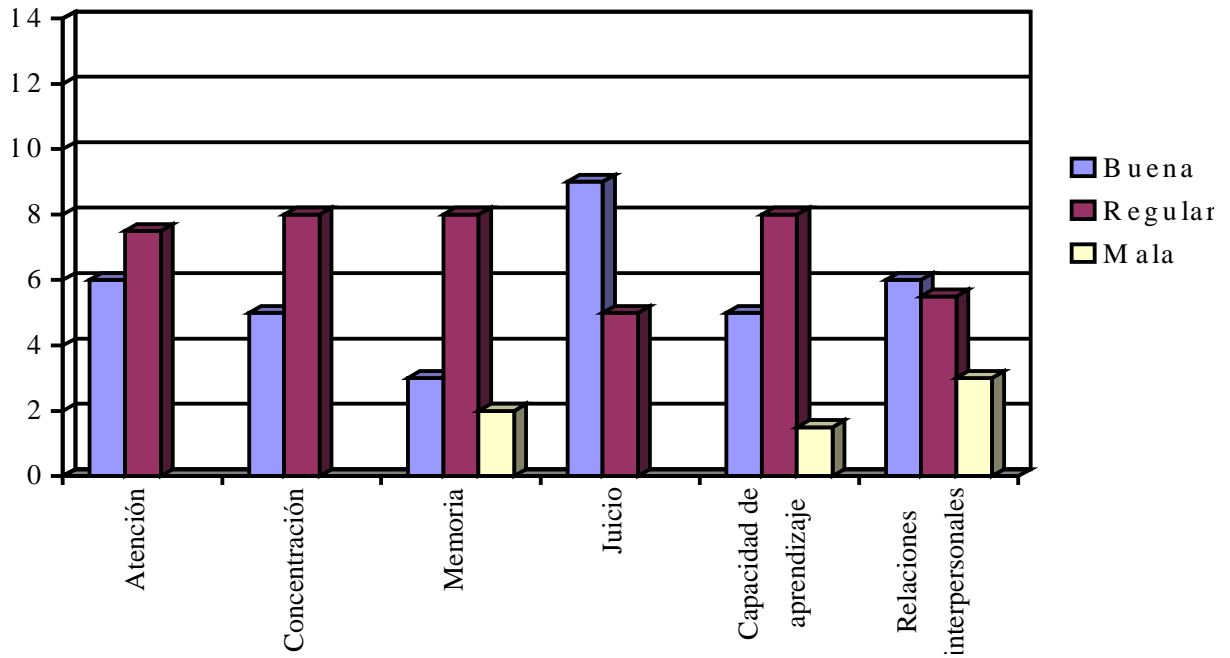
nivel malo y un 61.5% en el nivel regular; al finalizar se colocó en un 53.8% en el regular; la capacidad de aprendizaje se dio en el nivel malo en 7.6% y en el regular 61.5% al final tubo un 15.3% en el regular; la concentración se vio afectada en el nivel regular, mostró un 61.5% y después del tratamiento se colocó con un 15.3%.

INTERPRETACIÓN:

El último cuadro señala los datos obtenidos de la evaluación inicial y la final del área cognoscitiva, que es muy importante y fundamental para todo ser humano, ya que esta área es la que rige la conducta de todos; y al verse deteriorada, imposibilita un buen funcionamiento físico y psicológico de las personas, mediante las actividades realizadas se pudo ayudar a estimular esta área y se quiso mejorar o mantener algunas conductas que necesitaron ser tratadas, y se mejoró algunos signos y síntomas que estaban severamente afectados como fueron las relaciones interpersonales que son necesarias para las tareas cotidianas.

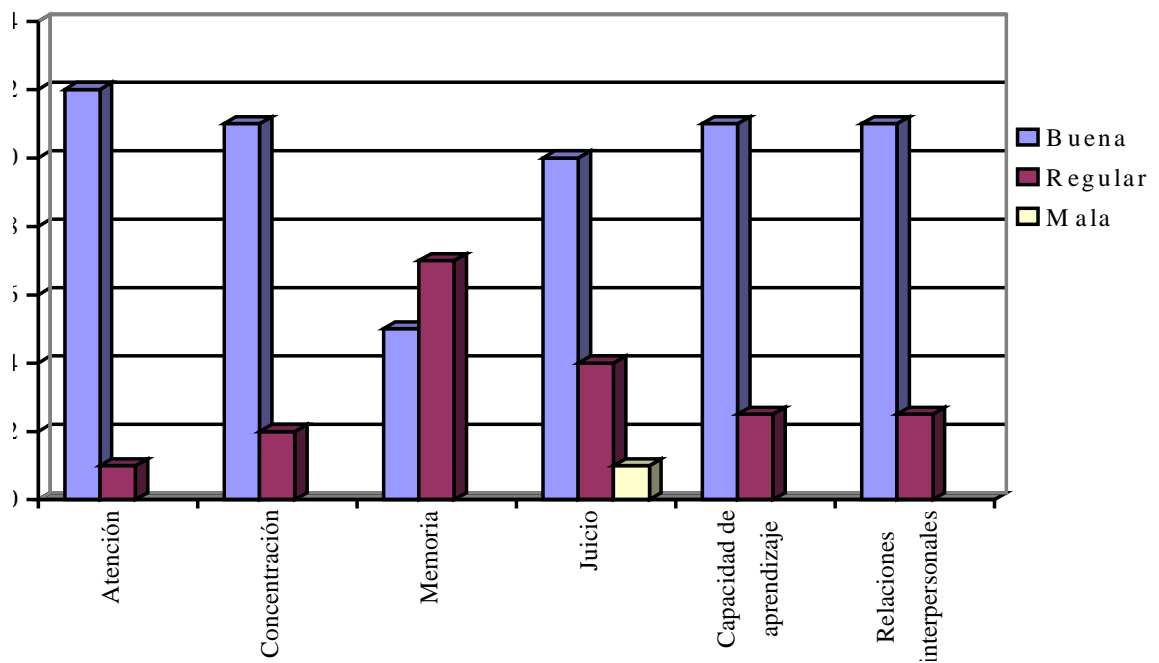
GRÁFICA N° 7

EVALUACIÓN INICIAL DEL ÁREA COGNOSCITIVA.



Fuente: Cuadro N° 8

EVALUACIÓN FINAL DEL ÁREA COGNOSCITIVA.



Fuente: Cuadro N° 8

CAPITULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez terminada la ejecución de la investigación, cimentada en los objetivos planeados y los resultados del mismo; se establece que por medio de la aplicación de la terapia ocupacional se pueden dar diferentes beneficios, tanto físicos como psicológicos; para lograr la independencia del individuo en las actividades de la vida diaria; con los datos obtenidos de la investigación de campo se llegó a las siguientes conclusiones :

6.1 CONCLUSIONES.

Se logró la aplicación de la Terapia Ocupacional en pacientes geriátricos con los trastornos psiquiátricos comprendido entre 13 pacientes las edades de 60 a 95 años que asistían al área de Fisioterapia; con una buena aceptación por parte de éstos; con lo que se comprobó que la hipótesis de investigación es verdadera.

La Terapia Ocupacional proporcionó beneficios tanto físicos como mentales en los cuales a los pacientes en estudio se les observó, la disminución de signos y síntomas como dolor en un 99.7%, edema en un 99.9%, y otros y también mejoró el área cognoscitiva del paciente en un 92.3% la cual presentaba al principio un deterioro significativo de 15.3%; se aumentaron las destrezas manuales en un 50% y se mejoró los arcos de movimiento y fuerzas muscular de miembros superiores; disminuyeron los síntomas psicológicos que en un primer momento fueron muy marcados.

Se pudo clasificar los diferentes trastornos que tenían los pacientes siendo el que más se encontró en ellos la depresión en un 30.6%; y la neurosis en un 15.3%; luego en un mismo nivel de afectación de 7.6% la histeria, alzheimer, trastorno psicopático, trastorno psicossomático, la demencia senil, esquizofrenia.

Se logró conocer algunas de las causas que provocaron los problemas emocionales de estas personas entre las más comunes está el abandono, la falta de comunicación, el presentar enfermedades incapacitantes para poder realizar actividades de la vida diaria, la falta de amor, la poca actividad física que mantienen; en otros la predisponibilidad, la evasión de la realidad entre otras.

Se logró identificar algunos problemas asociados a los trastornos psiquiátricos como fueron la falta de colaboración, las enfermedades físicas como: escoliosis en un 22.9%, lumbalgias severas en un 7.6%, edema en un 53.7% sin que ninguna patología lo causara; desinterés para llevar un tratamiento ocupacional en un 7.6%.

Se pudo llevar a cabo un tratamiento de Terapia Ocupacional amplio ya que se realizaron actividades individuales como fue charlar con cada uno de ellos, con lo cual se logró la autoconfianza, también actividades manuales que necesitaban la supervisión constante, se llevó a cabo actividades grupales con las cuales se logró mejorar las relaciones interpersonales y aumentar la colaboración grupal, como también la comunicación.

También se puede decir que todas las actividades realizadas en estos pacientes mejoraron su estado emocional, ya que aumentaron sus capacidades físicas e intelectuales que ellos mantenían en un estado de inactividad, aunque entre las actividades que se hicieron las más aceptadas por los pacientes fueron: la elaboración de muñecas de trapo, piñatas y colas de tela, ya que de éstas sacaron un lucro económico.

6.2 RECOMENDACIONES

- Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para que abran plazas de trabajo a los terapeutas ocupacionales, tanto en centros hospitalarios, Unidades de Salud Pública, Asilos Públicos y albergues, con su debido equipo de tratamiento y de esta manera ayudar a la población, no solo con trastornos psiquiátricos sino a toda persona que tenga limitación al realizar sus actividades de la vida diaria y así aprovechar los recursos tanto humanos, como de infraestructura que se encuentran disponibles.

- A las empresas públicas como privadas, que faciliten la ayuda necesaria a estos centros que se mantienen de la caridad pública para poder dar una mejor cobertura y atención a las personas que lo necesitan.

- Al Asilo San Antonio, que busquen formas para mantener siempre funcionando el área de Terapia Ocupacional, como también implementar algún plan para los ancianos para que se involucren en actividades rutinarias del centro, ya sean supervisadas por el personal

que ahí labora, dependiendo de las capacidades y limitantes físicas que presentan los internos.

- Al personal médico independientemente en la institución que labore, que incluya en su evaluación la valorización psicológica del paciente como también la funcionabilidad en las diversas actividades, tanto laborales como en el hogar que el paciente realiza, para que sea tratado integralmente.

- A los profesionales de psicología que ejercen su profesión en centros integrales, que puedan capacitarse en lo que respecta al área de Terapia Ocupacional para que puedan dar una mejor orientación a sus pacientes al momento de ser referidos al tratamiento de terapia ocupacional.

- Al personal de salud, tanto médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales etc., que laboren en centros que los pacientes estén internos que puedan llegar a proporcionar un ambiente más fraterno con estas personas, que no sea sólo una relación de paciente-enfermo sino detenerse a charlar, y a compartir un momento con estos seres y se darán cuenta lo mucho que se puede llegar a ayudar a estos pacientes, tanto física como mentalmente y también el saber que pueden llegar a aprender bastante de ellos.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

PAPALIA, F. Diane. Olds Sally. Feldman, Ruth. Desarrollo Humano. 8ª Edición
2001 – 708 Págs.

MERCK Sharp and Dohme. Manual Merck de Información Médica General.
Barcelona, España, Editorial Océano. 1,517 Págs.

HERNÁNDEZ, Sampieri, Roberto. Metodología de la Investigación. 1ª Edición,
Editoriales McGraw Hill, México 1991, Pág. 505.

MILLAN, Julia y CLAROS. Mercedes. Diccionario de Medicina. 5ª Edición,
Barcelona, España. 1995, 1,437 Págs.

FELDMAN, Robert. Psicología con aplicaciones a países de habla hispana. Tercera
edición, Editoriales McGraw Hill, México 1998. 406 Págs.

TESIS:

Ramírez, Iliana, TRUJILLO. Marian. “Influencia de la Terapia
Ocupacional en pacientes geriátricos con trastornos depresivos, internos en el Asilo de la

Casa de la Misericordia de la Ciudad de San Miguel, en el período de agosto 2000 a enero 2001”. Tesis Facultad Multidisciplinaria Oriental, Universidad de El Salvador 2001 – 124 Págs.

MONTESINO, Edgar, LARA, Jessica y VASQUEZ, Lorena “Aplicación de la Terapia Ocupacional en pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide y Osteoartritis de 30 a 70 años de edad de ambos sexos, que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente en la Ciudad de San Miguel, período de julio a septiembre 2003”. Tesis Facultad Multidisciplinaria Oriental, Universidad de El Salvador 2003 – 119 Págs.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS:

www.terapiaocupacional.com (consultada 2/6/04)

Enciclopedia Microsoft en carta 2004.

@La Vejez. Alicia Mederos / Antonio Puente / Aento Editorial, 1996.

www-google.com.depresión, 10 pág.(consultada 4/6/04) .

<http://www.nimh.nih.gov/publicar/depresión.cfm> ptd. Ep z. 6 pág. (consultada 8/4/04).

ANEXOS

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACION 2004.

N°	Actividades	Meses																																							
		Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Sept.				Octub.				Nov.				Dic.			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Inscripcion del proceso																																								
2	Elaboración del perfil de Investigación																																								
3	Elaboración del protocolo de Investigación																																								
4	Ejecución del protocolo de Investigación																																								
5	Acopio de información																																								
6	Reuniones con el Docente Director																																								
7	Elaboración del informe final																																								
8	Presentacion de informe final																																								
9	Exposición Oral del Informe Final																																								

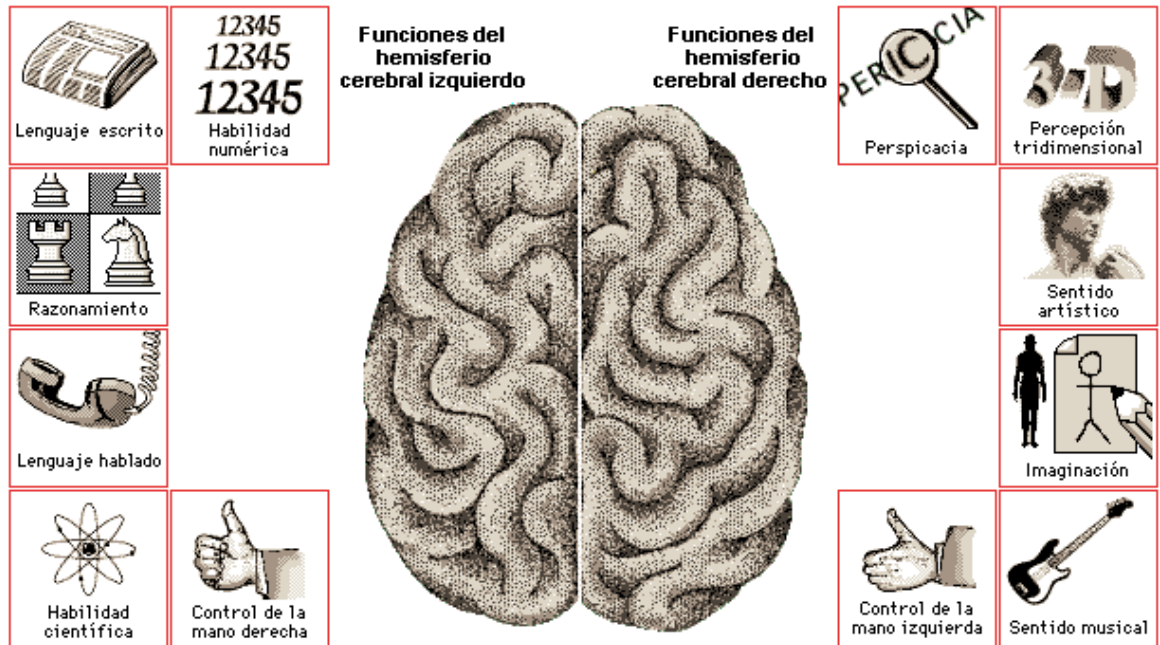
ANEXO N° 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EN ATENCION DIRECTA A PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIATRICOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE FISIOTERAPIA DEL ASILO SAN ANTONIO DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL

	Mese	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
NOMBRE		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
ANA JOSEFINA MARIN PAREDES		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 100%; height: 100%; background-color: #cccccc;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 100%; height: 100%; background-color: #cccccc;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 100%; height: 100%; background-color: #cccccc;"></div> </div>

ANEXO N° 3

El Cerebro



Funciones de los hemisferios cerebrales izquierdo y derecho.

Aunque los hemisferios cerebrales tienen una estructura simétrica, con los dos lóbulos que emergen desde el tronco cerebral y con zonas sensoriales y motoras en ambos, ciertas funciones intelectuales son desempeñadas por un único hemisferio. El hemisferio dominante de una persona se suele ocupar del lenguaje y de las operaciones lógicas, mientras que el otro hemisferio controla las emociones y las capacidades artísticas y espaciales. En casi todas las personas diestras y en muchas personas zurdas, el hemisferio dominante es el izquierdo.

ANEXO N° 4

PERSONAS CON ALZHEIMER Y SEÑALES DE ENVEJECIMIENTO

CORRIENTE.

COMPORTAMIENTO NORMAL DE ENVEJECIMIENTO	SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD
Olvidos temporales de las cosas.	Olvido permanente de eventos recientes; repetición de preguntas.
Incapacidad para ejecutar tareas desafiantes.	Incapacidad para ejecutar tareas rutinarias que tienen muchos pasos, como preparar y servir una comida.
Olvido de palabras insólitas o complejas.	Olvido de palabras sencillas.
Extravío en una ciudad extraña.	Extraviarse en la manzana donde vive.
Distracción momentánea en la vigilancia de un niño.	Olvido de que uno esta cuidando el niño y salir de la casa.
Error al escribir el saldo en el talonario de cheques.	Olvido de qué significan las cifras en un talonario de cheques y que hacer con ellas.
Ubicación equivocada de los objetos cotidianos.	Ubicación de los objetos en lugares inapropiados, donde quedan inservibles; por ejemplo, dejar el reloj en una pecera.
Cambios ocasionales en el estado de animo.	Cambios bruscos y drásticos en el estado de animo y de personalidad; pérdida de iniciativa.

ANEXO N° 5

Actividades de la vida diaria que se dificultan por la enfermedad de Alzheimer.



Concentración y Memoria



Alimentación

ANEXO N° 6

Enfermedades degenerativas en los ancianos.



Artritis reumatoide de las manos.

La artritis reumatoide puede conducir a una deformidad grave de las manos, las muñecas, los pies, los tobillos, las caderas y los hombros. La inflamación, el dolor y la limitación de movimientos que se asocian de forma característica a esta enfermedad se pueden tratar con fármacos antiinflamatorios y fisioterapia.

ANEXO N° 7

Actividades ocupacionales que realizaron los ancianos.

Destrezas manuales.



Elaboración de pollos de algodón y porta retratos de paletas



Dadas las indicaciones necesarias para la realización de la actividad se les dejó que continuaran por si solos para estimular el área cognoscitiva(concentración, memoria) y saber su evolución.

Elaboración de gorros de cumpleaños con asistencia.



Paciente continua la actividad poniendo en practica lo que se le ha enseñado.



Elaboración de trapeadores.



Recreación

Celebraciones realizadas con la colaboración del centro.



Charlas grupales para fomentar la colaboración; al ejecutar una actividad.



DESTREZA FINA

Elaboración de muñecas de trapo.





Elaboración de porta retratos y casitas de paletas para pared.



Costura.
Elaboración de colas de tela y orillas de manteles).



Dibujo y Pintura.
(Estimulación de prensiones digitales).

Actividades ocupacionales ya finalizadas; a lo largo de la ejecución del trabajo de investigación.



Estas son algunas de las actividades manuales realizadas en terapias grupales e individuales por los pacientes en estudio.

ANEXO N° 8

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA
OCUPACIONAL**



**GUIA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDA A
PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS**

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **SEXO:** _____
LUGAR: _____ **FECHA:** _____

OBJETIVO: Conocer las diferentes actividades de tratamiento de Terapia ocupacional para el manejo adecuado de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el área de fisioterapia del Asilo San Antonio de la Ciudad de San Miguel.

INDICADORES

- 1- Asistencia del paciente al tratamiento de terapia ocupacional
- 2- Colaboración del paciente en el tratamiento
- 3- Muestra el paciente la debida atención durante el manejo de terapia ocupacional.
- 4- Muestra agrado el paciente durante el manejo del tratamiento.

ANEXO N° 9

EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Diagnostico: _____ Fecha de evaluación: _____

Dirección: _____ Fecha de ingreso: _____

Ocupación anterior: _____

Ocupación actual: _____

Nivel Educativo: _____

HISTORIA CLINICA: _____

EVALUACIÓN FÍSICA:

- Postura: _____

- Edema: _____

- Dolor: _____

- Tono: _____

- Estado de la piel: _____

- Deformidades: _____

- Palpación (T°): _____

SENSIBILIDAD:

- a) Superficial: _____
- b) Profunda: _____
- c) Cortical: _____

AMPLITUD ARTICULAR	FUERZA MUSCULAR
- Ms Ss:	
- Hombro: _____	_____
- Codo: _____	_____
- Muñeca: _____	_____
- Dedos: _____	_____
- Ms Is:	
- Caderas: _____	_____
- Rodillas: _____	_____
- Tobillo: _____	_____
- Dedos: _____	_____

FUNCION DEL MIEMBRO SUPERIOR: _____

EVALUACIÓN FUNCIONAL:

a) Habilidades: _____

b) A. V. D. _____

c) Destrezas gruesa-fina (unimanual – bimanual) función de la mano: _____

d) Tolerancia o Resistencia: _____

PERCEPCIONES VISUALES: (B. R. M.)

a) Posición en el espacio:

Imagen	Concepto	Esquema Corporal

b) Relación Visual:

Arriba	Abajo	Adelante	Atrás	Derecha	Izquierda

c) Constancia perceptual (B. R. N.)

Forma	Color	Tamaño

d) Coordinación óculo-motriz.

- Ojo – Mano: _____

- Ojo – pie: _____

e) Percepción figura-fondo: _____

PERCEPCIÓN AUDITIVA:

- Reconoce sonidos: _____

- Dirección: _____

- Intensidad: _____

SENTIDO DE PROPIOCEPCION: _____

SENTIDO VESTIBULAR: _____

ÁREA COGNOSCITIVA:

- Atención, concertación, memoria
- Juicio
- Capacidad de aprendizaje

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN O DIFUSIÓN PSICOSOCIAL:

Observaciones:

F: _____

INFORME DE EVOLUCIÓN SEMANAL

EVOLUCION: _____ FECHA: _____

F: _____

EVOLUCION: _____ FECHA: _____

F: _____

EVOLUCION: _____ FECHA: _____

F: _____