

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



**INFLUENCIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON
PROBLEMAS DE AUTOESTIMA, EN LAS EDADES DE 50 A 70 AÑOS DE
AMBOS SEXOS, QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE PENSIONADOS DEL
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL DE LA CIUDAD DE
SAN MIGUEL, EN EL PERÍODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2005.**

INFORME FINAL PRESENTADO POR:

MERCEDES YANIRA CORTEZ VÁSQUEZ
SILVIA MARINA QUINTANILLA MARTÍNEZ
ILEANA CAROLINA MOLINA AVELAR

PARA OPTAR AL GRADO DE:

LICENCIADA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

DOCENTE DIRECTOR:

LIC. CARLOS ALEXANDER DÍAZ

NOVIEMBRE 2005

SAN MIGUEL,

EL SALVADOR,

CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

AUTORIDADES.

DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ.

RECTORA.

INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCAGÓMEZ.

VICERRECTOR ACADÉMICO.

DOCTORA CARMEN RODRÍGUEZ DE RIVAS.

VICERRECTORA ADMINISTRATIVA.

LICENCIADA ALICIA MARGARITA RIVAS DE RECINOS.

SECRETARIA GENERAL.

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.

INGENIERO JUAN FRANCISCO MÁRMOL CANJURA.

DECANO INTERINO.

LICENCIADA GLORIA ELIZABETH LARIOS DE NAVARRO

VICEDECANA INTERINA

LICENCIADA LOURDES ELIZABET PRUDENCIO COREAS.

SECRETARIA GENERAL.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

DOCTORA LIGIA JEANET LÓPEZ LEIVA.

JEFE DE DEPARTAMENTO.

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ.

**COORDINADOR DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA
Y TERAPIA OCUPACIONAL.**

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO.

COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN.

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ.

DOCENTE DIRECTOR.

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO.

ASESORA DE METODOLOGÍA.

AGRADECIMIENTOS.

Después de alcanzar este triunfo, agradecemos a todos los que nos ayudaron a hacerlo posible, en especial:

A Dios Todopoderoso: Por habernos concedido la paciencia y la sabiduría en nuestros estudios y obtener así este ideal y por poner a las personas idóneas a nuestro alrededor que brindaron su imprescindible ayuda.

A nuestros Padres: Por todo su amor, apoyo, paciencia, sacrificio y estar siempre dispuestos a ayudarnos y llegar a alcanzar nuestro ideal.

A nuestros Hermanos y Hermanas: Por darnos su cariño, comprensión y estar con nosotras siempre.

A nuestro Docente Director y Asesora de Metodología: por su paciencia, dedicación; por compartir sus conocimientos y tiempo a la realización de nuestro trabajo de graduación.

Al Instituto Salvadoreño del Seguro Social y a las personas que laboran en el Programa a Pensionados: Por su importante ayuda y disponibilidad en la ejecución del tratamiento de Terapia Ocupacional.

A Los Pacientes que participaron en este estudio y al igual que a sus familiares: Por su participación, colaboración, asistencia y constancia al tratamiento de Terapia Ocupacional y colocar en nosotros su confianza.

YANIRA, SILVIA E ILEANA.

DEDICATORIA.

Dedico este triunfo a mis seres queridos que me han apoyado para que alcance el ideal que me propuse, y en especial a:

A mi Padre Celestial: Por su gracia y misericordia y por haberme brindado la oportunidad de alcanzar este ideal satisfactoriamente.

A mis Padres Gloria Martínez y Nelson Quintanilla: Por su entera disposición, apoyo y amor en cada momento de mi vida. Gracias los amo.

A mis Hermanos Jacky y Nelson: Por su apoyo incondicional, amor y por cada uno de los buenos momentos que hemos compartido. Son lo Mejor.

A mis Tías y Tíos: Por que siempre han estado prestos a brindarme de su ayuda y apoyo no importando la distancia que nos separa. Los quiero mucho.

SILVIA.

DEDICATORIA.

Dedico este triunfo a mis seres queridos y todos los que influyeron en mi formación profesional dedicando sus oraciones, apoyo, confianza y cariño.

A Dios Padre Todopoderoso: por crearme, pensar en mí darme la vida y darme la fortaleza en momentos difíciles.

A mis Padres Maria Orbelina Vásquez de Cortez y Antonio Heriberto Cortez Cruz: Por brindarme su apoyo moral y económico, confianza, comprensión y por permitirme llegar a cumplir con éxito esta meta tan anhelada y darme el mejor tesoro y mayor herencia.

A mis Abuelos Lucia Santos y Teodocio de Jesús Vásques (De grata recordación): por darme el amor incondicional, apoyo y consejo. Por estar conmigo en las etapas de la vida y brindarme cuidado y educación.

A mis Hermanos Sonia Elizabeth Cortez Vásquez y Mauricio Ernesto Cortez Vásquez: por brindarme siempre su ayuda y estar conmigo en todos los acontecimientos de mi vida y por motivarme a luchar y triunfar.

YANIRA.

DEDICATORIA.

Al culminar una de mis mayores metas, dedico este triunfo a todos aquellos que con sus oraciones, apoyo, confianza y amor me acompañaron en todo este camino en especial:

A Dios Padre Todopoderoso: por haberme regalado la oportunidad de alcanzar uno de los ideales que me he propuesto, dándome paciencia y fortaleza en los momentos de flaqueza y sabiduría en mis estudios.

A mis Padres Edwin Molina e Iliana Avelar: Gracias mami por haberme dado la oportunidad de formarme como profesional llenándome siempre de amor, apoyo y comprensión; y sobre todo esperanza y fe en Dios. Este triunfo es tuyo mamita

A mis hermanos Tavo y Javiero: Por formar parte importante en mi vida y estar conmigo en las buenas y malas dándome su amor y comprensión.

A mis Abuelitos Visitación Avelar y Nora de Avelar: por estar conmigo desde el primer día de mi vida brindándome su amor apoyo, oraciones y bendiciones constantes.

A mis Tías y Tíos: Issa, Maritza, Rhina, Xiomara, Alfredo Avelar y Oscar Molina por su apoyo y cariño al igual que a mis primos y primas.

A mi madrina Anabel de López: Por su apoyo, cariño y oraciones constantes.

ILEANA

**INFLUENCIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON
PROBLEMAS DE AUTOESTIMA, EN LAS EDADES DE 50 A 70 AÑOS DE
AMBOS SEXOS, QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE PENSIONADOS DEL
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL DE LA CIUDAD DE
SAN MIGUEL, EN EL PERÍODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2005.**

ÍNDICE

| CONTENIDO. | PÁGS. |
|--|--------------|
| RESUMEN. | xvi |
| INTRODUCCIÓN. | xviii |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. | |
| 1.1 Antecedentes de la Problemática..... | 24 |
| 1.2 Enunciado del Problema..... | 26 |
| 1.3 Objetivos de la Investigación..... | 26 |
| 1.3.1 Objetivo General..... | 26 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos..... | 27 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO. | |
| 2.1 Base Teórica..... | 29 |
| 2.1.1 El Proceso del Envejecimiento..... | 29 |
| 2.1.2 Pérdidas Físicas Sufridas por el Anciano..... | 32 |
| 2.1.3 Pérdidas Sociales..... | 34 |
| 2.1.4 Pérdidas Psicológicas..... | 34 |
| 2.2 Cambios de la Conducta del Anciano en la Sociedad..... | 35 |
| 2.3 Cambios Emocionales en la Vejez..... | 36 |
| 2.3.1 Consecuencias Psicológicas del anciano con su Familia..... | 37 |

| | |
|---|----|
| 2.4 Relaciones Sociales del Anciano y Cambios en las Relaciones | |
| Sociales..... | 39 |
| 2.5 Autoestima..... | 40 |
| 2.5.1 La Importancia de la Autoestima..... | 41 |
| 2.5.2 Tipos de Autoestima..... | 42 |
| 2.5.2.1 Autoestima Elevada..... | 42 |
| 2.5.2.2 Características Comunes de una Autoestima | |
| Elevada..... | 42 |
| 2.5.2.3 Comportamiento Característico en Personas con Alta | |
| Autoestima..... | 43 |
| 2.5.2.4 Autoestima Baja..... | 49 |
| 2.5.2.5 Comportamiento Característico en personas | |
| con Autoestima Baja..... | 50 |
| 2.5.3 Situaciones que pueden Perjudicar la Autoestima | |
| en la Edad Adulta..... | 55 |
| 2.6 Terapia Ocupacional..... | 58 |
| 2.6.1 Evaluación de Terapia Ocupacional..... | 59 |
| 2.7 Métodos para Evaluar los Hábitos del Paciente..... | 63 |
| 2.7.1 Observación..... | 63 |
| 2.7.2 Entrevista..... | 64 |
| 2.8 Intervención en Terapia Ocupacional..... | 64 |
| 2.8.1 Intervención Basada en los Hábitos..... | 66 |

| | |
|---|----|
| 2.8.2 Entrenamiento en los Hábitos..... | 67 |
| 2.9 Definición de Términos Básicos..... | 67 |

CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS.

| | |
|--|----|
| 3.1 Hipótesis de Investigación..... | 73 |
| 3.2 Hipótesis Nula..... | 73 |
| 3.3 Operacionalización de las Variables..... | 74 |

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.

| | |
|--|----|
| 4.1 Tipo de Investigación..... | 76 |
| 4.2 Población..... | 76 |
| 4.3 Muestra..... | 76 |
| 4.4 Técnicas de Obtención de la Información..... | 77 |
| 4.5 Instrumentos..... | 78 |
| 4.6 Procedimiento..... | 79 |

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

| | |
|---|----|
| 5.1 Tabulación, Análisis e Interpretación de los Datos..... | 83 |
|---|----|

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

| | |
|--------------------------|-----|
| 6.1 Conclusiones..... | 116 |
| 6.2 Recomendaciones..... | 118 |

| | |
|---------------------------|-----|
| BIBLIOGRAFÍA | 120 |
|---------------------------|-----|

ANEXOS.

| | |
|--|-----|
| 1. Cronograma de Actividades Generales..... | 123 |
| 2. Cronograma de Actividades Específicas..... | 124 |
| 3. Test para determinar el Nivel de Autoestima..... | 125 |
| 4. Evaluación de Terapia Ocupacional..... | 130 |
| 5. Entrevista dirigida al Psicólogo..... | 134 |
| 6. Entrevista dirigida a los Pacientes con Problemas de Autoestima..... | 137 |
| 7. Solicitud presentada a las autoridades del Instituto Salvadoreño del Seguro Social..... | 140 |
| 8. Modelo de certificado de participación entregado a los pacientes..... | 141 |
| 9. Realización de actividad manual con motivo de independencia..... | 142 |
| 10. Elaboración y decoración del mapa de El Salvador..... | 143 |
| 11. Elaboración de arreglo de flores utilizando la técnica de migajón..... | 144 |
| 12. Realización de baile y gimnasia en salón de usos múltiples del Programa a Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social..... | 145 |
| 13. Realización de baile y gimnasia en salón de usos múltiples del Programa a Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social..... | 146 |
| 14. Actividad recreativa realizada en el turicentro Atecozol..... | 147 |
| 15. Realización de juegos dentro de la piscina de Atecozol..... | 148 |

| | |
|--|-----|
| 16. Realización de dinámicas en Atecozol..... | 149 |
| 17. Actividad de integración grupal turicentro Amapulapa..... | 150 |
| 18. Realización de dinámica en turicentro Amapulapa..... | 151 |
| 19. Formación de equipo de trabajo | 152 |
| 20. Pacientes disfrutando de la piscina de Amapulapa..... | 153 |
| 21. Salida de los pacientes del Cinemark..... | 154 |
| 22. Mesa de exposición de logros..... | 155 |
| 23. Mesa de exposición de logros..... | 156 |
| 24. Exposición de logros: Entrega de certificados y participación artística..... | 157 |

RESUMEN.

La presente investigación se realizó en doce pacientes con diagnóstico de problemas de autoestima, entre las edades de 50 a 70 años de ambos sexos, que asisten al área de Terapia Ocupacional del Programa a Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, de la ciudad de San Miguel durante el período de julio a septiembre de 2005, con el objetivo de conocer la influencia de la Terapia Ocupacional en dichos pacientes y definir la evolución que se puede lograr de una autoestima no saludable a una autoestima saludable.

El tipo de estudio realizado fue prospectivo, y las técnicas de obtención de información fueron de tipo documental como la bibliografía y de campo como la entrevista; para lo cual se realizaron instrumentos como las fichas bibliográficas para documentos escritos; test para la identificación de los problemas de autoestima, guía de evaluación de Terapia Ocupacional para pacientes con problemas de autoestima; guía de entrevista dirigida al psicólogo que atiende a los pacientes del Programa a Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, guía de entrevista dirigida a los pacientes con problemas de autoestima de dicho centro, a través de las cuales se comprobó que la población masculina estuvo constituida por el 25% y la femenina por el 75%.

Al iniciar el programa de tratamiento, los pacientes fueron evaluados con el test de evaluación de autoestima para determinar en el nivel que se encontraban, observándose en la mayoría dificultades de integración y trabajo en equipo, poca confianza en si mismo, dependencia para realizar las actividades debido a que desconocían sus capacidades y confianza para realizar actividades en equipo e individuales, a estos pacientes se les brindó tratamiento de Terapia Ocupacional por tres meses, observando al finalizar el período de estudio que los pacientes habían evolucionado favorablemente en la confianza en si mismo, toma de responsabilidades e iniciativa, integración en equipo de trabajo, la concentración, imaginación y memoria. Mediante el desarrollo de actividades manuales, recreativas, clases de aeróbicos y baile; resultando con mayor capacidad para desempeñar cualquier actividad ya sea manual, cognitiva, emocional y física.

INTRODUCCIÓN.

La salud es uno de los tesoros mas valiosos del ser humano y cualquier alteración de la misma a causa de un problema patológico o psicológico es motivo de preocupación, sobre todo si este puede resultar incapacitante o causa una dificultad para integrarse a la sociedad que les rodea; como en el caso de los problemas de autoestima.

La autoestima es una forma de pensar, sentir, actuar que implica que una persona está contento o satisfecho consigo mismo y que a la vez posee la capacidad de tener confianza y respeto por si mismo.

La autoestima se ve afectada en las personas mayores al enfrentarse a la etapa de jubilación; lo que causa una problemática de reintegración de los jubilados a una actividad productiva. Es por ello que se hace necesario el conocimiento e identificación de los medios que proporcionan ayuda para descubrir nuevas habilidades que le permitan al pensionado sentirse productivo e independiente.

Por lo tanto es indispensable familiarizarse al trabajo, que se realiza dentro de los diferentes talleres impartidos en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, donde resulta imprescindible la intervención de la Terapia Ocupacional para el

conocimiento de dichas habilidades y el adiestramiento que permita al adulto mayor explotar al máximo sus habilidades.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social fue beneficiado al contar con recursos humanos que prestaron tratamiento adecuado de Terapia Ocupacional, obteniéndose así la población de mayor adaptabilidad a la sociedad por medio de una vida productiva, tomando en cuenta el conocimiento que se obtuvo en el transcurso de la investigación y que permitió la atención especializada al tratamiento de personas con problemas de autoestima; es por ello que se considero oportuno para el programa de pensionados establecer los lineamientos adecuados que debieron realizarse en Terapia Ocupacional, es decir: Observación, evaluación, tratamiento y seguimiento.

Los pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, fueron beneficiados con el mayor provecho de sus capacidades, por medio de la orientación que se brindó a través de los lineamientos antes mencionados. Así mismo se beneficiaron con una mayor adaptabilidad y confianza tanto en el trabajo individual como en el trabajo en equipo brindándoles así la oportunidad de descubrir y acrecentar el manejo de sus habilidades y destrezas.

Además de ello fueron beneficiados los profesionales del programa a pensionados y los futuros profesionales en Fisioterapia y Terapia Ocupacional al

contar con mayores conocimientos en cuanto a una buena planificación de tratamiento encaminados a resaltar el máximo de aptitudes, habilidades y destrezas de los usuarios que asisten al programa; y de esta forma se brindará a las diferentes instituciones que ofrecen sus servicios a pensionados una mayor visión sobre la elaboración de un tratamiento adecuado de Terapia Ocupacional tomando como base los resultados obtenidos en la ejecución de la presente investigación. Así también el grupo de investigación se beneficia al enriquecerse con la experiencia de establecer por primera vez un área de Terapia Ocupacional a dicho programa.

Es así como en este documento se presentan los resultados de la investigación sobre la Influencia de la Terapia Ocupacional en pacientes con Problemas de Autoestima, en las edades de 50 a 70 años, de ambos sexos que asisten al Programa a Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de la ciudad de San Miguel, en el período de julio a septiembre de 2005.

El informe final se ha estructurado en seis capítulos los cuales se describen a continuación:

El primer capítulo, trata sobre el Planteamiento del Problema, en donde se describen los Antecedentes del Problema; en este se plantea la información de una perspectiva histórica de lo general a lo particular; posteriormente El Enunciado del Problema; que consiste en expresar los factores mas importantes como causa y efecto del fenómeno a estudiar, para transformarlo en una pregunta con dificultad teórica o

que se pretendieron alcanzar con la aplicación de la Terapia Ocupacional a la población objeto de estudio.

El segundo capítulo, contempla el Marco Teórico en el que se sustenta teóricamente el estudio exponiendo y analizando teorías, enfoques teóricos, investigaciones y antecedentes en general; teniendo en cuenta la revisión de la literatura correspondiente y el desarrollo de una perspectiva teórica.

En el tercer capítulo, se encuentra el Sistema de Hipótesis, en el que se establece la Hipótesis de Trabajo o de Investigación y la Hipótesis Nula; así como la operacionalización de las hipótesis en variables e indicadores que sirvierón de base para la elaboración de los instrumentos de obtención de información.

El cuarto capítulo, comprende el Diseño Metodológico donde se plantea el Tipo de Investigación, la población objeto de estudio, la Muestra, las Técnicas de Obtención de Información, equipo, material y por ultimo se describe el Procedimiento de cómo se llevo a cabo la investigación.

En el quinto capítulo, se presentan los resultados de la aplicación de la Terapia Ocupacional; aquí se encuentran los datos que se obtuvieron durante la ejecución de la investigación. La tabulación se hace a través de cuadros y esto a su vez se le hace su respectivo análisis e interpretación para mayor comprensión.

El sexto capítulo, plantea las Conclusiones y Recomendaciones, en la cual se concretan los resultados tanto teóricos como prácticos obtenidos de la investigación siendo base para establecer sugerencias o recomendaciones para obtener resultados positivos.

Seguidamente se encuentra la bibliografía consultada, en el transcurso de la investigación. Finalmente lo anexos donde se presenta el Cronograma de Actividades Generales el cual detalla las actividades que se llevarón acabo en todo el proceso investigativo; al igual que el Cronograma de Actividades Especificas, donde se exponen las actividades que se desarrollaron durante la ejecución; así mismo se dan a conocer las diferentes evaluaciones, guías de entrevista y fotografías obtenidas en las diferentes actividades realizadas con la población en estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA.

La Terapia Ocupacional se ha venido dando en El Salvador a partir del 25 de noviembre de 1,957 en la ciudad de San Salvador en el Hospital Rosales. Iniciando se así la Terapia Ocupacional en la zona oriental a partir de 1,992 en el Centro de Rehabilitación de Oriente conocido como CRIOR. Es así como la Universidad de El Salvador se involucra brindando a la población del programa a pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, nuevas formas de tratamiento de rehabilitación y reintegración a la sociedad, con la intervención de la licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional, se da la apertura del área de Fisioterapia y Terapia Ocupacional en dicho programa a partir de agosto de 2,004.

El Programa a Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social nace en mayo de 1,990, el cual cuenta con una población total de doscientos cincuenta personas pensionadas; este programa surge a través de una descentralización de las prestaciones el cual en la actualidad esta conformado por un equipo de dos trabajadoras sociales, las cuales se encargan de programar dirigir y ejecutar las actividades dirigidas a los pensionados.

Contando con una infraestructura adecuada en cuanto a buena iluminación, ventilación y espacio físico; la cual esta distribuida de la siguiente manera: Una sección asignada para las oficinas del equipo, una pequeña área de gimnasia, un sector para llevar a cabo charlas y un espacio destinado al desarrollo de talleres y actividades de cocina, así como un área destinada a bodegas y servicios sanitarios.

Los problemas de autoestima han retomado en los últimos cinco años mayor importancia como un problema psicológico, de esta forma se encuentra que quienes experimentan una autoestima no saludable suelen ser personas que no tienen plena confianza en las posibilidades propias, bien sean por experiencias que así se lo han hecho sentir o porque las personas importantes en su vida se lo confirman mediante mensajes.

En la sociedad actual el adulto mayor que se acerca a el período de jubilación experimenta cambios físicos, psicológicos y emocionales al enfrentarse a un descenso en el rol que desempeñaba en el sistema productivo de la sociedad como es el caso de los integrantes del Programa a Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que en su etapa productiva realizaban diversa profesiones tales como: Enfermería, Profesorado, Contaduría, Albañilería. El pensionado poseía una perspectiva de autovaloración saludable que permitía el equilibrio entre la ocupación y la consecuente integración a la sociedad.

Por lo cual puede mencionarse que la interacción de dichos cambios conduce a que el adulto mayor en etapa de jubilación adquiera problemas de autoestima.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

Partiendo de los antecedentes del fenómeno en estudio se establece el siguiente enunciado del problema:

¿Cómo influye la Terapia Ocupacional en pacientes con problemas de autoestima, en las edades de 50 a 70 años de ambos sexos, que asisten al Programa de Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de la ciudad de San Miguel, en el período de julio a septiembre de 2005?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Conocer la influencia de la Terapia Ocupacional en pacientes con problemas de autoestima, en las edades de 50 a 70 años de ambos sexos, que asisten al Programa a Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de la ciudad de San Miguel.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar los factores que causan problemas de autoestima en los pacientes que asisten al Programa de Pensionados del Seguro Social.

Administrar un test para identificar problemas de autoestima en los pacientes del Programa a Pensionados del Seguro Social.

Verificar si los problemas de autoestima entorpecen o afecta el estado físico del paciente.

Identificar las aptitudes, destrezas y habilidades de los pacientes pensionados del Seguro Social.

Conocer las actitudes del adulto mayor frente a la jubilación.

Establecer un plan de tratamiento de Terapia Ocupacional para los pacientes del Programa a Pensionados del Seguro Social.

Involucrar a las personas responsables de los pacientes con problemas de autoestima en la ejecución de los tratamientos de Terapia Ocupacional.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO.

2 MARCO TEÓRICO.

2.1 BASE TEÓRICA.

Toda investigación se fundamenta en una base teórica la cual proporciona la interpretación teórica del problema en investigación. Este apartado está estructurado de la siguiente manera:

2.1.1 EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.

En la vida del ser humano se presentan diferentes etapas de su existencia bien definidas durante el desarrollo, la infancia es la primera, en la cual se da el primer contacto con el mundo y la sociedad, en donde las personas adquieren enseñanza básica para una formación personal.

Durante la adolescencia el individuo se identifica con inquietud y rebeldía, ante las reglas establecidas en su afán de cambiar el mundo a su manera, mientras su cuerpo se identifica y madura con su sexualidad.

Durante la juventud, se desarrolla la personalidad al término de esta etapa se alcanzan los logros de estabilidad social y personal.

Durante la madurez, que es la siguiente etapa del ser humano, se inicia a vivir con las bases de pasado, una familia; en la tercera edad, así la última etapa del ser humano, el individuo empieza a sufrir los cambios físicos de su edad, comenzando por perder agilidad y gran parte de sus habilidades físicas e intelectuales.

El proceso de envejecimiento va gradualmente modificando nuestro organismo, el anciano percibe los cambios físicos propios y los de su entorno.

También lo psíquico sufre una transformación de creencias, valores y conductas. Se produce una mutación en lo físico y en lo social donde el individuo se desenvuelve; el medio social disminuye y por consiguiente la movilidad y los nuevos panoramas cada vez se estrechan más. Los hechos internos y externos afectan y preocupan al anciano, modificando los hábitos de conducta y su forma de relacionarse; cambia en forma gradual y progresiva.

Esta realidad y otras situaciones motivó al Instituto Salvadoreño del Seguro Social para que en diciembre de 1987, llevarán a cabo una evaluación de las prestaciones que daban a su población y resolvió aumentar las prestaciones económicas y sociales.

Es así como nace “El Programa de Prestaciones y Servicios Sociales a Pensionados”, el 18 de octubre de 1988, por acuerdo N° 88-10-0881 del Consejo Directivo. El 12 de diciembre de ese mismo año se inauguran los Programas:

“Preparación para la Jubilación”, en enero de 1989, “la Organización de Grupos de la Tercera Edad” y “Recreo Educativo”, en febrero de ese mismo año, “Voluntariado” y en enero de 1990 “Ayuda Individual a Domicilio”.

En mayo de 1990 se descentralizan estas prestaciones a las sucursales de San Miguel, Sonsonate y Santa Ana, en marzo de 1991 se crea la dependencia de Usulután.

El programa de Prestaciones y Servicios Sociales para Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social tiene como razón de ser la producción y descentralización de servicios a través de Programas Sociales para la población de adultos mayores y derechohabientes, los cuales se enmarcan en el cuadro de promoción humana, por medio de los procesos de socialización y autogestión grupal que permite el desarrollo protagónico de usuarios en el alcance de su calidad de vida.

El proceso de envejecimiento constituye el deterioro de los sistemas y las funciones, originando fundamentalmente en el desgaste, disminución de los diferentes sistemas; menor adaptabilidad por disminución de los mecanismos de reserva de los órganos, mayor susceptibilidad a las diferentes enfermedades favorecidas por la aumentada vulnerabilidad orgánica.

También son características la disminución de la autoestima, tendencia al aislamiento, todo lo cual además es lineal, inevitable, variable, por cuanto no es igual en

individuos que nacieron en la misma época y situación, pues no se produce con el mismo grado de desgaste en los diferentes órganos y sistemas.

El mundo del anciano esta muy relacionado al proceso de pérdidas la cual impacta y ocasiona al anciano un estado de crisis emocional.

En la etapa adulta las pérdidas se compensan a través de nuevas adquisiciones ya sean materiales o sociales, las cuales en la vejez no es posible compensar.

2.1.2 PÉRDIDAS FÍSICAS SUFRIDAS POR EL ANCIANO.

Estas pérdidas están relacionadas con el proceso de envejecimiento, es decir se debe hacer conciencia de ellas durante los cambios que sufren el anciano sano o enfermo; entre las pérdidas físicas están:

Pérdida o disminución en la capacidad del funcionamiento en general.

Pérdida o disminución en la movilidad.

Pérdida o disminución en el estado de salud.

Pérdida o disminución en la capacidad sexual.

Dichas pérdidas o disminuciones en el estado fisiológico del anciano tiene como consideraciones generales:

La dificultad siempre existe en aislar cambios normales del proceso de envejecimiento.

La interrelación que existe entre los aspectos físicos y psicológicos del envejecimiento.

El envejecer, afecta a todos los sistemas de la persona en diferentes puntos que estos varían.

Las personas no envejecen con un patrón definido, envejecer es un proceso individual, nadie envejece al mismo paso.

Las necesidades básicas de las personas no cambian de una edad a otra. Con frecuencia los adultos mayores experimentan una reducción de la movilidad y deben depender de otros para desplazarse.

2.1.3 PÉRDIDAS SOCIALES.

Esto es pérdida del trabajo o eventos continuos y progresivos a través del ciclo de la vida entre ellas están:

Pérdida del trabajo por la jubilación.

Pérdida de estatus.

Pérdida de amigos.

Pérdida de ingresos económicos.

Pérdida de roles (amigos, compañeros, laboral).

Pérdida del cónyuge por muerte.

Pérdida de posesiones.

Los problemas que llevan dichas pérdidas son: soledad, aislamiento, depresión, limitaciones de tipo económico lo que genera frustraciones y sensaciones de malestar.

2.1.4 PÉRDIDAS PSICOLÓGICAS.

Estas pérdidas se sufren a consecuencia de efectos sumativos que sobre las personas generan todas las pérdidas ya mencionadas, entre ellas se encuentran:

- Pérdida o disminución de autoestima
- Pérdida o cambio continuo independencia – interdependencia – dependencia.
- Pérdida o disminución en la sensación de bienestar con uno mismo.

- Pérdida en el manejo de decisiones o control sobre su vida.
- Pérdida o disminución de la capacidad mental.
- Entre los problemas que comúnmente generan muchas pérdidas se plantean las siguientes: Depresión por comportamiento destructivo, Reacciones Paranoides, Cuadros Hipocondríaco, Síndromes orgánicos cerebrales, Insomnio, Ansiedad.

2.2 CAMBIOS DE LA CONDUCTA DEL ANCIANO EN LA SOCIEDAD.

Muchas personas de edad avanzada experimentan cambios notables de conducta, lo que dificulta las cosas para ellos mismos y para aquellos que tienen que cuidar o con quienes viven. Su habilidad para acomodarse a las alteraciones que se producen es muy debilitada.

La tristeza por la muerte de un ser querido, el cambio de casa, el tener que ingresar frecuentemente a un hospital, puede causar infelicidad o temores. La sordera o la pérdida de la visión contribuye a que los ancianos se sientan más solos y abandonados; y se refugian en si mismos.

“Muchas personas que viven solas son invadidas por la tristeza y se sienten incapaces de encontrar la menor satisfacción en la vida. Desajustes tales como las artritis o alguna enfermedad cardiaca pueden empeorar el estado emocional y dar como resultado un aislamiento mental o físico, en muchas ocasiones. Los ancianos se sienten

cada vez mas incapaces de valorarse por si mismos y más solos, tienen la sensación (incluso los que tienen familiares atentos y cariñosos) de que nadie se ocupa de ellos, gradualmente se apartan de la vida y su aislamiento se hace cada vez mayor”.¹

2.3 CAMBIOS EMOCIONALES EN LA VEJEZ.

Los cambios de comportamiento de los ancianos deben aceptarse como inevitables, pero es difícil determinar en qué medida son consecuencia de deterioro neurológico y mental, porque también obedecen al cambio de situación social, psicológica y fisiológica. La pérdida de facultades físicas que quizás obliguen a aceptar el cuidado de otros, el fin de la vida laboral, el aislamiento, la pérdida de contacto social que da el trabajo, la viudez y la muerte de los amigos afecta la autoestima de los ancianos y provocan depresión.

Hay ancianos que mantienen vivo el interés por muchas cosas y disponen de más dinero que en ninguna otra etapa de su vida; pero en muchos casos, lo normal es la falta de dinero, la soledad, la incapacidad física y la falta de estímulos mentales. La rapidez con la que cambia la sociedad moderna, la desorientación del anciano y la forma de vida actual no contribuye a mejorar su situación; el resultado es apatía, pérdida de interés,

¹/ s. a. “Portal de Terapia Ocupacional”. Documento (Disponible [www. Terapia-Ocupacional.com](http://www.Terapia-Ocupacional.com))

resentimiento y estancamiento mental, que con frecuencia se explican atribuyéndolo a senilidad inevitable.

En el lado positivo, a la jubilación temprana, la mejor atención médica, el aumento de las pensiones y la mejora, de las viviendas puede hacer de la vejez una época de oportunidades y experiencias nuevas.

2.3.1 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL ANCIANO CON SU FAMILIA.

A consecuencia del aumento de vida hay un número mayor de ancianos en edad de ser pensionados y por lo tanto no productivos y con ingresos a veces insuficientes. Esto explica el derrumbe psicológico del comportamiento del anciano que se observa con mucha frecuencia en los jubilados que pierden interés por la vida y también por su posición económica y social. En las familias del pasado, el anciano vivía en el círculo familiar varias generaciones, era respetado y atendido por sus hijos y nietos, además realizaban pequeñas labores domésticas, por lo contrario en la sociedad moderna, el anciano se encuentra aislado y marginado.

Al realizar una comparación de los tipos de familias (familias del pasado y familias modernas), con las que el anciano convive y convivía, se obtiene lo siguiente:

Familia pasada:

- núcleo familiar único.
- Asistencia a los ancianos de las familias.
- Respeto a los ancianos y a su experiencia.
- Empleo de los ancianos en labores domesticas.

Familia moderna:

- Fragmentación del núcleo familiar.
- Aislamiento de los ancianos; no son tolerados por los jóvenes (incompatibilidad).
- Dificultades económicas, sociales y psicológicas del anciano aislado y marginado.

Este hecho contribuye a la tendencia de los hijos a formar grupos familiares autosuficientes con fragmentación del núcleo familiar y en la población rural, la inclinación del tipo de vida urbana; pero sobre todo ante las presiones entre la vieja y la nueva generación, la incompatibilidad de caracteres y las costumbres diferentes por las que se han creado el termino molesto de anciano para definir este estado. Otros factores mas explican así mismo, por que en la actualidad son mayores las necesidades de asistencia al anciano, no solo médicos sino también: psicológicos, sociales y económicos.

2.4 RELACIONES SOCIALES DEL ANCIANO Y CAMBIOS EN LAS RELACIONES SOCIALES.

El proceso de envejecimiento tiene lugar en el contexto social. Si bien las limitaciones sociales y personales de los últimos años podrían limitar o modificar el comportamiento social, también presenta nuevas oportunidades y experiencias sociales gratificantes para las personas de edad.

El comportamiento social igual que la juventud, se ve influido por dos factores importantes: las características personales del individuo y apoyos sociales disponibles.

Los abuelos son muy útiles en la sociedad, dan amor, apoyo sin pedir mucho a cambio, dan consejos y también mucha sabiduría a los jóvenes, lo cual beneficiaría tanto al que da como al que recibe. Muchas personas sienten la necesidad de dejar, algo cuando mueren; también sienten necesidad de dejar los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida y aconsejan y guían a los jóvenes, proceso que con frecuencia se denomina “HACERSE VIEJO”.

Ser abuelo es una manera de satisfacer estas necesidades y mantener en contacto con las nuevas generaciones. Las amistades son especialmente importantes en estos años. Las relaciones familiares con frecuencia remarcan la dependencia y la atención, los amigos son fuente de alegría; tener una persona a la cual le cuenten todos sus anhelos,

preocupaciones. Aquellos cuya dignidad es formada por otros que cuidan más de sí mismos y tienen mejor salud.

La pérdida del empleo (esta se da por jubilación a la edad de 60 años para la mujer y 65 años para el hombre) y del ingreso regular supone un cambio serio para el hombre anciano, que se ve obligado por la demanda de rapidez importante en nuestro actual sistema industrial. La vejez crea generalmente un problema económico pocos son los asalariados que pueden sostener a una familia y ahorrar al mismo tiempo dinero que garantice su propio mantenimiento en la ancianidad.

2.5 AUTOESTIMA.

No existe un concepto único sobre autoestima mas bien hay diferentes formas de entender lo que significa autoestima puede entenderse a partir de dos niveles energético y el psicológico.

Desde el punto de vista energético, se entiende que: “Autoestima es la fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida y la ejecución armónica de todas las funciones y hacia el desarrollo, que le provee de organización y dirección en todas las funciones y procesos ya sean estos cognitivos, emocionales o motoras”.²

² /Renny Yagosesky, **Documento** (Disponible en www.monografias.com de autoestima.com)

Desde el punto de vista psicológico puede decirse que: “Autoestima es la capacidad desarrollable de experimentar la existencia, conscientes de nuestro potencial y nuestras necesidades reales; de amarnos incondicionalmente y confiar en si mismos para lograr objetivos, independientemente de las limitaciones que podamos tener o de las circunstancias externas generadas por los distintos contextos en los que corresponda interactuar”³.

2.5.1 LA IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA.

“El modo en que nos sentimos con respecto a nosotros mismos afecta virtualmente en forma decisiva todos los aspectos de nuestra experiencia desde la manera en que funcionamos en el trabajo, el amor o el sexo, hasta nuestro proceder como padres y las posibilidades que tenemos de progresar en la vida. Nuestra respuesta ante los acontecimientos dependen de quien y que pensamos que somos. Los dramas de nuestra vida son los reflejos de la visión íntima que poseemos de nosotros mismos. Por lo tanto la autoestima es la clave del éxito o del fracaso.”⁴

³ /Ibidem.

⁴/ Lair Riveiro. **Aumente su Autoestima**, Pág. 11

2.5.2 TIPOS DE AUTOESTIMA

2.5.2.1 AUTOESTIMA ELEVADA

Es esencialmente un acontecimiento psicológico interno, también puede tener un poderoso efecto positivo en el exterior. Cuando se vive en base a una autoestima saludable todo es diferente, las cosas cambian de color, sabor y signo, ya que se conecta con su yo interno y con el mundo, desde una perspectiva mas amplia, integral, consciente y productiva.

2.5.2.2 CARACTERISTICAS COMUNES DE UNA AUTOESTIMA ELEVADA.

- a) Nunca tienen miedo, vergüenza o están demasiado ocupados para mirarse larga y críticamente en el espejo y examinar la imagen que ven.
- b) Disfrutan mostrando aspecto y aprecian los cumplidos auténticos y las criticas constructivas sobre su aspecto.
- c) Se aseguran de que la ropa, el pelo y los accesorios acentúen sus puntos fuertes, esconden sus puntos débiles, están en armonía con su personalidad y no opacan su capacidad.

- d) Están dispuestos y son capaces de adaptar su imagen para obtener lo que desean, necesitan y son consientes de su propio desarrollo personal.
- e) Conceden gran importancia a la comunidad, así una vez que se han ocupado de la ropa, el pelo y además accesorios, se relajan, se olvidan de ello y continúan haciéndolo lo que tienen que hacer.
- f) No adoptan una imagen que otros encuentran intimidante o que desentone con el medio en el que deciden vivir.
- g) No gastan más dinero, tiempo o energía en su imagen externa de lo que realmente pueden permitirse.
- h) Están dispuestos a defender su derecho a tener buen aspecto y sentirse a gusto en caso de personas con mas poder planten existencias poco razonables (por ejemplo: ordenes innecesarias, de llevar uniformes rígidos y poco favorecedores).

2.5.2.3 COMPORTAMIENTO CARACTERISTICO EN PERSONAS CON ALTA AUTOESTIMA.

CONCIENCIA.

Su característica esencial es la conciencia que tiene de si, de sus capacidades y potencialidades así de cómo de sus limitaciones, las cuales tiende a aceptar sin negarlas.

Filtra sus pensamientos enfatizando los positivos, procura estar emocionalmente arriba, en la alegría y el entusiasmo, y cuando las situaciones le llevan a sentirse rabioso o triste expresa esos estados de la mejor manera posible si esconderlos neuróticamente.

CONFIANZA.

Autoestima es también confianza en uno mismo en las fuerzas positivas con las que se cuentan para abordar el día a día. Esta confianza es la guía para el riesgo, para probar nuevos caminos y posibilidades; para ver alternativas en las circunstancias en que la mayoría no ve salida alguno; para usar la inteligencia y seguir adelante aunque no se tengan todas las respuestas.

Cuando se confía en lo que se es, no se necesitan justificaciones ni explicaciones para poder ser aceptado.

Cuando surgen las diferencias de opinión, confiar en uno hace que las criticas se acepten y se les utilice para el crecimiento.

RESPONSABILIDAD.

El que vive desde una autoestima fortalecida asume responsabilidad por su vida, sus actos y las consecuencias que estos pueden generar.

Responsabilidad es responder ante alguien y ese alguien es, el mismo o Dios en caso de que su visión de la vida sea espiritual. Toma como regalo el poder influir en su destino y trabaja en ello. Quien vive en este estado no deja las cosas al azar, sino que promueve los resultados deseados y acepta de la mejor forma posible lo que suceda.

COHERENCIA.

La autoestima nos hace vivir de manera coherente y nos impulsa a realizar el esfuerzo necesario para que nuestras palabras y actos tengan un mismo sentido. Aunque el autoestimado guste de hablar, sus actos hablarán por el tanto o más que sus palabras.

EXPRESIVIDAD.

Los que viven confiados en su poder, aman la vida y lo demuestran en cada acto.

No temen liberar su poder aunque puedan valorar la prudencia y respetar las reglas de cada contexto. En la expresividad, es seguro observar límites, ya que para expresarse no hay que invadir ni anular a nadie. La expresividad del autoestimado es consciente y natural, no inconsciente ni prefabricada.

RACIONALIDAD.

La vida es vista como una oportunidad lo bastante especial como para no dejarla en manos de la suerte.

De esta visión se deriva un respeto por la razón, el conocimiento y la certeza. Quien se respeta busca sin compulsiones, alcanzar un mínimo control de su existencia y para eso usa su inteligencia y capacidad de discernimiento confiando en lograr sus objetivos.

ARMONÍA.

Autoestima es en si misma armonía, equilibrio, balance, ritmo y fluidez, cuando existe valoración personal, también se valora a los demás lo que favorece relaciones sanas y plenas medidas por la honestidad, la ausencia de conflicto y la aceptación de las diferencias individuales. Quienes están por ese camino hacen lo posible por armonizar y aminorar cualquier indicador de conflicto. Esta armonía interior ahuyenta la ansiedad y hace tolerable la soledad, vista a partir del estado armónico de vida como un espacio de crecimiento interior.

RUMBO.

El respeto hacia nosotros y hacia la oportunidad de vivir engendra una intención de expresad el ser, de trascender de lograr y de ser útil.

La vida es un don que se expresa a través de una misión y una vocación; descubrirlo es tarea de cada quien, y es únicamente en ese camino donde hallaremos la plenitud y alegría de vivir.

AUTONOMÍA.

Es la independencia para pensar, decidir y actuar; como moverse en la existencia de acuerdo con las propias creencias, criterios y convicciones.

El autoestimado busca y logra escucharse, conocerse dirigirse y pelear sus propias batallas confiando en que tarde o temprano las ganara. No se recuesta en la aprobación, sino que mira hacia el interior donde laten sus autenticas necesidades.

VERDAD.

El autoestimado siente respeto reverencial por la verdad, no la niega sino que la enfrenta y asume con sus consecuencias.

Los hechos son los hechos, negarlos es un acto irresponsable que quita el control sobre nuestra vida.

PRODUCTIVIDAD.

La productividad es un estado lógico de la autoestima. Se refiere a una productividad equilibrada en las distintas áreas de la vida humana, no a la productividad meramente económica que suele ser causa de enormes distorsiones en las relaciones y en la salud. Esta productividad equilibrada es consecuencia de reconocer y utilizar los dones y talentos de manera efectiva.

PERSEVERANCIA.

Cuando alguien tiene confianza en si mismo, es capaz de definir objetivos, trazar un rumbo, iniciar acciones para lograr esos objetivos y, además de desarrollar la capacidad para el esfuerzo sostenido la convicción de que tarde o temprano vera el sueño realizado. La perseverancia es por eso característica clara de la persona autoestimada, para quien los evento frustrantes son pruebas superables desde su conciencia.

FLEXIBILIDAD.

Es característica de la persona autoestimada aceptar las cosas como son y no como les hubiese gustado que fueran. Flexibilidad implica abrirse a lo nuevo, aceptar las diferencias y lograr convivir con ellas, darse otras oportunidades. Todas estas manifestaciones de inteligencia y conciencia.

2.5.2.4 AUTOESTIMA BAJA

Significa que el individuo se ha dejado dominar por sus sentimientos desfavorables de autovaloración el cual ha dirigido peligrosamente a la magnitud negativa del espectro, ya que ha tomado verdades absolutas comentarios erróneos de una por las demás personas; este sentimiento es el que provoca la sensación de angustia, humillación y contrariedad.

Las personas con un bajo nivel de autoestima no solo perjudican su propia salud, bienestar y felicidad, sino que suelen producir un efecto de privo y a veces muy perjudicial sobre todo lo que les rodea.

A menudo cuando las personas con baja autoestima comienzan un trabajo de desarrollo personal se dan cuenta que aspiran a objetivos no realistas por si mismos.

Los tres errores mas frecuentes suelen ser los siguientes.

- 1- Querer dar marcha atrás en el tiempo y ser la persona que era antes.
- 2- Querer ser idéntico a una persona que admira.
- 3- Pretender ser la clase de persona que los demás desearían que fuera.

2.5.2.5 COMPORTAMIENTO CARACTERISTICO EN PERSONAS CON AUTOESTIMA BAJA.

EVACIÓN.

Aquí la estrategia es hacer todo lo que impida ver la situación a la cara.

Se conoce su presencia pero se teme enfrentarla. La diversión compulsiva es una forma de evasión bastante común.

INCONCIENCIA.

Ignora quien es y el potencial que posee, funciona automáticamente y depende de las circunstancias, eventualidades y contingencias; desconoce sus verdaderas necesidades y por eso toma la vida con indiferencia o se dedica a hacer mil cosas que no le satisfacen, ignora las motivaciones, creencias, criterios y valores que le hacen funcionar.

El desestimado tiene preferencia por el futuro o el pasado y le cuesta vivir la experiencia del hoy, se distrae con facilidad. Pensar y hablar de eventos pasados o soñar con el futuro, son conductas típicas del ser que vive en baja autoestima.

DESCONFIANZA.

El desestimado no confía en si mismo, teme enfrentar las situaciones de la vida y se siente incapaz de abordar exitosamente los retos cotidianos; se percibe incompleto y vacío; carece de control sobre su vida y opta por inhibirse y esperar un mejor momento que casi nunca llega. Tiende a ocultar sus limitaciones tras una careta, pues al no aceptarse teme no ser aceptado.

Eso lo lleva a desconfiar de todos y a usar su energía para defenderse de los demás, a quienes percibe como seres malos y peligrosos.

IRRESPONSABILIDAD.

Niega o evade sus dificultades, problemas o conflictos. Culpa a los demás por lo que le sucede y opta por no ver, oír o entender todo aquello que le conduzca hacia su responsabilidad. Sus expresiones favoritas son: “si yo tuviera”, “si me hubieran dado”, “ojala algún día”. Y otras similares que utiliza como recurso para no aclarar su panorama y tomar decisiones de cambio.

Este acude fácilmente a la mentira; se miente a si mismo, se autoengaña y engaña a los demás. Esto lo hace para no asumir desde la conciencia adulta las consecuencias de sus actos.

INCOHERENCIA.

El desestimado dice una cosa y hace otra. Asegura querer cambiar pero se aferra a sus tradiciones y creencias antiguas aunque no le estén funcionando. Vive en el sueño de un futuro mejor pero hace poco o nada para ayudar a su cristalización, critica pero no se autocrítica, habla de amor pero no ama, quiere aprender pero no estudia, se queja pero no actúa en concordancia con lo que quiere anhelar.

INEXPRESIVIDAD.

Por lo general reprime sus sentimientos y estos se vierten en forma de resentimientos y enfermedad; carece de maneras y estilos expresivos acordes con el ambiente, porque no se lo enseñaron o porque se niega a aprenderlos. En cuanto a la expresión de su creatividad, la bloquea y se ciñe a la rutina y paga por ello el precio del aburrimiento.

IRRACIONALIDAD.

Se niega a pensar. Vive de las creencias aprendidas y nunca las cuestiona. Generaliza y todo lo encierra en estereotipos; pasa la mayor parte de su tiempo haciendo predicciones y pocas veces usa la razón. Asume las cosas sin buscar otras versiones ni ver otros ángulos, todo lo usa para tener razón aunque se destruya y destruya a otros.

INARMONIA.

El desestimado tiende al conflicto y se acostumbra a este fácilmente. Se torna agresivo e irracional ante la crítica, aunque con frecuencia critique y participe en coro de chismes. En sus relaciones necesita controlar a los demás para que le complazcan; denigra del prójimo, agrede, acusa y se vale del miedo, la culpa o la mentira para hacer que los demás le presten atención; cuando no tiene problemas se los inventa por que necesita del conflicto. En estado de paz se siente extraño. La soledad es insoportable ya que no puede soportar el peso de su conciencia.

DISPERCIÓN.

Su vida no tiene rumbo; carece de un propósito definido, no planifica, vive al día esperando lo que venga, desde una fe inactiva a actitud desalentada y apática. Se recuesta en excusas y clichés para respaldar su permanente improvisación.

DEPENDENCIA.

El desestimado necesita consultar sus decisiones con otros porque no escucha ni confía en sus mensajes interiores, en su intuición. Asume como propio los deseos de los demás y hace cosas que no quiere para luego quejarse y resentirlas; actúa para complacer y ganar amor a través de esa nefasta fórmula de negación de sí mismo. Su falta de autonomía, la renuncia a sus propios juicios hace que al final termine culpándose, auto-criminándose. La dependencia es el signo más característico de la inmadurez psicológica.

INCONSTANCIA.

El desestimado tiene dificultad para iniciar, para continuar y para terminar cualquier cosa; puede que inicie y avance en ocasiones, pero frente a situaciones que retan su confianza, abandonan el camino y buscan otra senda menos atemorizante. La inconstancia, la falta de continuidad, señala poca tolerancia a la frustración.

RIGIDEZ.

La persona desvalorizada lucha porque el mundo se comporte como ella quiere. Desea que donde hay calor haya frío, que la vejez no exista y que todo sea lindo; le

cuesta comprender que vivimos interactuando en varios contextos con gente diferente en muchos aspectos.

En general el desvalorizado es un ser que no se conoce, que no se acepta y que no se valora; que se engaña y autosabotea porque ha perdido el contacto consigo mismo, y de ha desbocado hacia el mundo con el afán de ganar placer, prestigio y poder, es decir de obtener a cualquier precio la aprobación de los demás. El desestimado no se percata fácilmente de que ha roto el equilibrio que necesita para vivir en paz y disfrutar de la vida.

2.5.3 SITUACIONES QUE PUEDEN PERJUDICAR LA AUTOESTIMA EN LA EDAD ADULTA.

Desgraciadamente, incluso en el caso de haber tenido una infancia emocional privilegiada, la autoestima aun debe superar duras pruebas de supervivencia en la vida adulta cotidiana moderna.

Estas situaciones, entre otros, pueden afectar la autoestima de una persona adulta:

a) Cuando nos rechazan y hacen caso omiso de nosotros, especialmente las personas que amamos, queremos, respetamos.

b) Cuando seamos humillados o criticados injustamente, sobre todo en situaciones que resultan difíciles de defendernos (por ejemplo, el jefe en el trabajo, un amigo en una fiesta, el abogado en un juicio).

c) Cuando se compra ropa y nada se sienta bien, especialmente cuando parece estar rodeadas de compradoras y vendedoras que se dirían salida del voge.

d) Cuando se encuentra en un tren abarrotado de gente y se siente desgraciado por no poder viajar de otra forma.

e) Cuando la aparición de un antiestético grano, llagas o sarpullidos en de la piel, antes de un acontecimiento social de importancia.

f) Si recibe la visita inesperada de ciertos familiares o amigos y no se encuentra la casa ordenada y los niños en plena rabieta.

g) Cuando se sienten engañados especialmente por alguien en quien se confiaba.

h) Cuando se suspende un examen sobre todo si todas las personas que le rodean parecen ser capaces de aprobarlo.

i) Cuando rechazados para un puesto de trabajo o un curso en particular, aun estando capacitado para desempeñarlo.

j) Si se queda frustrado en la carrera profesional, especialmente cuando personas más jóvenes o con menos experiencia se saltan escalones.

k) Cuando se realiza un trabajo aburrido y repetitivo.

l) Si no se recibe elogios o una compensación económica justa, por llevar acabo un trabajo, en lo particular cuando se siente la impresión de estar rodeado de personas ociosas y prosperas.

ll) Cuando no se cuenta con oportunidades para desarrollar la capacidad de asumir responsabilidades.

m) Cuando se es despedido del trabajo injustamente, y especialmente cuando se debería estar rindiendo al máximo de su capacidad.

Aunque las experiencias anteriormente descritas tienen la capacidad de dañar nuestra autoestima, la amplitud del daño causado por cada golpe dependerá evidentemente de diversos factores como:

1) la cantidad de golpes recibidos. Se conoce la expresión “la gota que rebosa el vaso”.

2) El estado de nuestro íntimo sentimiento de valor personal, el cual depende evidentemente de las experiencias vividas con respecto a la autoestima tanto de la infancia como de la vida adulta.

3) La salud física; todos sabemos que hieren mucho más una humillación cuando nos encontramos cansados o indispuestos.

4) La calidad de nuestra capacidad de auto protección, que nos permite luchar y auto afirmarnos.

5) El poder y la disposición que se ocupa en cada situación, por ejemplo, una crítica injusta de un compañero, no causa el mismo daño que la de un superior que utiliza su poder para humillarnos en una reunión importante.

6) Por último la capacidad para soportar cada uno de estos golpes dependerá de cuantos de estos factores estén activos en ese momento.

El ciclo de la falta de autoestima es tan perjudicial que no es raro que actúen los cinco a la vez.

2.6 TERAPIA OCUPACIONAL.

Definición: Tratamiento de rehabilitación que implica una actividad planeada que favorece la recuperación de las personas afectadas por una enfermedad mental o incapacidad física que algunas veces aparecen tras un accidente. Este tipo de terapia es proporcionada por un terapeuta ocupacional bajo la dirección de un medico. Considerada en su origen como una forma de ocupar el tiempo de los pacientes en un programa de actividades de trabajo que se seleccionan por un valor físico, mental, emocional y vocacional.

El trabajo del terapeuta esta basado en la valoración que realiza el medico sobre el diagnostico, pronostico, personalidad, limitaciones físicas y emocionales, esta como en los objetivos que se persigue. Con frecuencia el terapeuta emplea una forma de rehabilitación vocacional para la cual se seleccionan actividades que tratan de enseñar tareas básicas de la vida diaria a aquellos que nunca han aprendido o las que han perdido, como el caso de quienes han sufrido una amputación o de aquellos que por otra razón están imposibilitados físicamente. Además cuando el terapeuta trabaja con pacientes que nunca han tenido un empleo, que han desempeñado tareas que no requerían ninguna técnica o aquellos cuyo tipo de trabajo debe cambiar debido a la incapacidad adquirida, debe también recurrir al uso de pruebas vocacionales y a la orientación.

El terapeuta calificado esta instruido en actividades como: Actividades personales de la vida cotidiana, actividades expresivas y creadoras, actividades intelectuales y docentes, actividades industriales y vocacionales y actividades recreativas.

2.6.1 EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL.

La evaluación de terapia ocupacional se centra en el desempeño de las tareas de la vida diaria estas abarcan cinco categorías principales: Movilidad, cuidados personales, manejo del hogar, recreo y trabajo se evalúan dos dimensiones: Destreza, que comprende la evaluación de la habilidad es decir, lo que los pacientes son capaces de hacer en grados de independencia, seguridad y concentración que un paciente utiliza para completar una tarea. La evaluación de las destrezas informa acerca de lo que un paciente es capaz de hacer (habilidad) y de la discapacidad.

Los hábitos constituyen la segunda dimensión del desempeño de tareas que se evalúan. Se refiere a las rutinas del paciente, describe la frecuencia con que el paciente utiliza sus habilidades para hacer las tareas.

Movilidad: La movilidad proporciona una impresión global del estado funcional del paciente; en la cama (de un lado a otro; hacia la cabecera y a los pies de la cama y hacia la posición de sentado), traslados (hacia la cama, a una silla, al retrete, a la bañera y al automóvil); bipedestación, deambulación, subir y bajar escalones, girar, alcanzar

algo por encima de la cabeza, inclinarse, agacharse; capacidad de moverse con propósito de un lugar a otro dentro y fuera de la casa, encontrar los caminos; observar si hay fatiga en la realización de las actividades (por ejemplo, podemos observar a un paciente que muestra inestabilidad en la bipedestación y deambulación y sin embargo cuando realiza tareas de vestido o de hacer las camas esta mas seguro y estable).

Cuidados Personales: Este tipo de tarea comprende la habilidad para cubrir las necesidades personales básicas y exigen que el paciente controle los objetos necesarios para realizar la tares a la vez que controla su cuerpo.

La persona debe mantener autocuidados en:

Alimentación.

Control de esfínteres.

Baño.

Arreglo personal.

Vestido.

Comunicación funcional.

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

Manejo del hogar: Impone mayores demandas de desempeño funcional que las anteriores por que exige mayor control de objetos, algunos muy sofisticados.

Factores que se evalúan; movilidad avanzada:

Entrar y salir del hogar con manipulación de puertas y cerraduras.

Caminar con un peso (sacar la basura).

Subir una banqueta o una escalerilla (cambiar una bombilla)

Moverse en la comunidad (utilizar el coche o el autobús).

Cuidados personales avanzados:

Manejar las medicinas (apertura de recipientes y manejar la psicología).

Utilizar el teléfono para obtener información; hacer citas, solicitar ayuda en una emergencia).

Tareas domesticas livianas:

Ir a comprar alimentos (se puede hacer por teléfono) y ropa.

Planificar alimentos calientes y fríos.

Lavar y secar los platos.

Cuidar vestimentas (lavado, secado, planchado y cosido).

Aspirar o barrer el suelo.

Hacer una cama.

Realizar reparaciones pequeñas (una lámpara).

Regar el jardín y rastrillar hojas.

Tareas domesticas pesadas:

Cambiar ropas a la cama.

Limpiar elementos de la casa (ventanas, baños, etc.).

Tareas de mantenimiento del hogar (colgar cortinas, un cuadro, etc.)

Quitar nieve, cortar el césped, arrancar malas hierbas).

Aspecto económico:

Manejar dinero para las compras.

Pagar facturas.

Rellenar cheques y controlarlos.

Esta claro que el manejo del dinero deficiente es incompatible con la vida independiente.

Actividades recreativas: El terapeuta ocupacional debe de conocer:

Los gustos e intereses del paciente.

Las destrezas.

La participación.

La participación recreativa en la vejez da estructura y sentido a los años posteriores a la jubilación y es el vehículo para mantener la agudeza física, mental y social.

Pueden ser graduadas dependiendo de las demandas:

Motoras.

Cognitivas

Emocionales

Ejemplo de actividades son: Trabajo artístico, jugar en solitario, (requiere un menor esfuerzo que jugar en grupo), jugar en grupo, juego en equipo (bolos, fútbol).

Habilidades de organización: Es necesario que el paciente tenga capacidad de organizar el día para integrar las tareas cotidianas en los hábitos y mantener un estilo de vida eficaz.

Los pacientes con baja Autoestima pueden mostrar destrezas para realizar las tareas del hogar pero no pueden planificar ni cumplir un esquema de vida organizado.

2.7 METODOS PARA EVALUAR LOS HÁBITOS DEL PACIENTE.

2.7.1 OBSERVACIÓN.

Es el método más eficaz, pero muchas veces imposible realizarlo. Cuando observamos al paciente realizando la tares debemos prestar atención a:

Grado de ansiedad.

Agitación psicomotora.

Retrazo psicomotor.

Temblor.

Somnolencia.

Impulsividad.

Síntomas somáticos.

Alucinaciones o delirios.

2.7.2 ENTREVISTA.

Es el método más utilizado, se necesita la presencia de un familiar del paciente para obtener datos reales, el familiar intervendrá exclusivamente cuando se le pida. De la observación el terapeuta ocupacional obtendrá el diagnóstico funcional, por ejemplo: Si un anciano presenta una disfunción en el vestido habrá que valorar que es lo que impide la realización de la tarea, puede haber una desmotivación debido a su baja autoestima (trastorno afectivo), pero además puede presentar una limitación de la flexión de cadera. Debemos tomar en cuenta ambas deficiencias al momento de planificar el tratamiento.

2.8 INTERVENCION EN TERAPIA OCUPACIONAL

La intervención en terapia ocupacional va a estar enfocada en las destrezas (habilidad para hacer una tarea), los ancianos presentan deterioro de las destrezas por enfermedad, por el proceso de envejecimiento, por desuso o por los cambios ambientales.

Por lo tanto la intervención ira dirigida al aprendizaje de las destrezas que consiste en conocer una y como realizarla.

Componentes de intervención:

Impartir el conocimiento: Se puede enseñar en sesiones formales de enseñanza; por ejemplo, a los pacientes con baja autoestima se les puede enseñar la importancia de participar en actividades para aliviar los sentimientos de pena, aburrimiento, aislamiento, aumentar el grado de autoestima. Las tareas a su vez se descomponen en subtareas y en secuencia del tiempo, ritmo, que el paciente debe conocer.

Establecer el medio ambiente oportuno para el aprendizaje. El entorno del aprendizaje deberá ser estructurado y controlado. El terapeuta debe establecer un ambiente que ayude al aprendizaje, esto significa que la tarea debe ser adecuada a la capacidad del paciente.

Supervisar la práctica: Se realiza a través de la práctica supervisada. Los pacientes repiten la tarea hasta que llegan a un nivel óptimo de eficacia para que les sirva para su vida diaria. Se les da supervisión para alertar a los pacientes sobre las señales que faciliten el desempeño de las tareas y se les da retroalimentación sobre la calidad de ejecución.

Promover la auto evaluación: Se estimula a los pacientes a valorar su propio desempeño para que lo internalicen.

Integrar la destreza en los hábitos: El entrenamiento de una actividad en un paciente con baja autoestima, podría empezar por un actividad gradual de corta duración, evitando que al paciente elija la tarea para no aumentar su nivel de ansiedad y con una finalización de la tarea rápida para subir su autoestima y asegurar la continuidad en el tratamiento. Poco a poco se procurara que al actividad dure mas tiempo para lograr mayo resistencia y que vaya eligiendo como hacerlo. Por ultimo hay que integrar las tareas en los hábitos de la vida diaria del paciente. El mantenimiento de las destrezas se lograra a través del uso frecuente de las tareas.

2.8.1 INTERVENCION BASADA EN LOS HÁBITOS

El déficit en los hábitos ocurre cuando las tareas de la vida diaria están:

Desorganizadas.

Desequilibradas (cuando se restringe el numero, la diversidad, y el tipo de actividades).

Cuando son inflexibles (supone que un anciano es incapaz de variar las rutinas para adaptarlas a circunstancias no previstas).

El anciano puede mostrar incapacidad para cocinar y lavar ropa; las destrezas están intactas y pueden mostrar un déficit en la coordinación o la relación para llevar estas tareas a cabo en el tiempo estipulado en la rutina diaria y permita tiempo para otro tipo de tareas. La adquisición de hábitos es más difícil que la de las destrezas.

2.8.2 ENTRENAMIENTO EN LOS HÁBITOS

Tiene cuatro etapas:

Mantenimiento en la movilidad.

Mantenimiento de las rutinas de cuidados personales.

Participación en una actividad significativa.

Reconstrucción de los hábitos relevantes para la situación vital.

El objetivo: Es aproximarse a la complejidad del ritmo de la vida diaria que necesita la persona, ya sea en la comunidad o en otras circunstancias registradas. El terapeuta ocupacional para entrenar las dos primeras etapas del mantenimiento de la movilidad y los cuidados con propósitos amplios y generales.

2.9 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Adaptabilidad: Ajustarse a las circunstancias, amoldarse, hallarse a gusto conforme con algo.

Afecto de privación: Es la inclinación a dejar voluntariamente una cosa de gusto, interés o conveniencia.

Agilidad: Ligerero. Pronto.

Ansiedad: Estado de inquietud de animo. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades

Aspecto: Sinónimo de apariencia.

Cognoscitivo: Capacidad de las personas para conocer o aprender.

Concomitante: Acompañar una cosa a otra u obra conjuntamente con ella.

Convalecencia: Recobrar las fuerzas perdidas por una enfermedad.

Deambulaci3n: Acci3n y efecto de andar, caminar o pasear.

Dominancia: Hace referencia a el miembro superior que la persona utiliza para realizar el mayor n3mero de actividades de la vida diaria.

Derechohabiente: De la persona que deriva de su derecho de otra.

Espectro: Imagen fantasmagórica que se presenta o la fantasía.

Estereotipo: Prejuicio aceptado por un grupo de personas acerca de un personaje o de un aspecto de la estructura social.

Habilidad: Capacidad y disposición para realizar una cosa, que las personas ejecutan con destreza.

Hábitos: Modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes u originados por tendencias instintivas.

Hipocondríacos: Preocupación crónica y anormal por la propia salud corporal.

Inhibir: Suspender transitoriamente una función o actividad del organismo mediante la acción de un estímulo adecuado. Echarse fuera de un asunto o abstenerse de entrar a él.

Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido por la noche.

Interdependencia: Dependencia recíproca.

Involución senil: Conjunto de alteraciones regresivas que se producen en la edad avanzada y conducen a la progresiva degeneración de los tejidos y órganos.

Jubilado: Siendo este un sinónimo de Pensionado se refiere a la condición que experimenta una persona cuando se libera del servicio, por razón de ancianidad o imposibilidad física a un funcionario o empleado.

Maníacodepresivo: Trastorno afectivo principal caracterizado por episodio de manía o depresión.

Mutación: Cambio hereditario en el material genético, que aparece bruscamente y no es debido a recombinación genética.

Neurótico: Trastorno mental caracterizado por cansancio mental, alteraciones de la personalidad, estado intenso de ansiedad, pensamientos obsesivos y actos compulsivos, que producen sentimientos de sufrimiento y angustia desproporcionados a la realidad de la situación.

Paranoide: Psicosis o delirio que evoluciona de modo lógico, incomprensible para un sujeto normal y sin sistematización precisa.

Psíquico: La vida espiritual de la naturaleza humana.

Senil: Estado de debilitamiento fisiológico y mental que se alcanza con el paso de los años.

Somático: Síntoma cuya naturaleza es eminentemente corporal.

CAPÍTULO III
SISTEMA DE HIPÓTESIS.

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Hi: A mayor intervención de Terapia Ocupacional menores serán los problemas de autoestima que presentaran los pacientes que asisten al Programa de Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

3.2 HIPÓTESIS NULA.

A menor intervención de la Terapia Ocupacional mayores serán los problemas de autoestima que presentaran los pacientes que asisten al Programa de Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS EN VARIABLES E

INDICADORES.

| HIPÓTESIS | VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | INDICADORES |
|---|--|--|---|
| <p>A mayor intervención de Terapia Ocupacional menores serán los problemas de autoestima que presenten los pacientes que asisten al Programa de Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social</p> | <p>- Intervención de la Terapia Ocupacional</p> <p>- Menores problemas de autoestima</p> | <p>-Disciplina que se realiza por medio de actividades constructivas que tienen como fin la rehabilitación física, psicológica, social y vocacional para integrarlo a la comunidad como un ente productivo</p> <p>- Alteración del sentimiento sutil que comienza en la niñez y que es continuamente reforzado por el acontecimiento cultural.</p> | <p>- Terapia recreativa - Talleres manuales y vocacionales - Ejercicios en gimnasio - Gimnasia rítmica y aeróbicos - Actividades de grupo y familiares.</p> <p>- Evasión - Inconciencia - Desconfianza - Irresponsabilidad - Incoherencia - Inexpresividad - Irracionalidad - Inarmonía - Dispersión - Dependencia - Inconstancia - Rigidez</p> |

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el presente estudio es de tipo **prospectivo** porque los sucesos se registraron según fuerón ocurriendo los fenómenos lo que permitió conocer la influencia de la Terapia Ocupacional en pacientes con problemas de autoestima a través de su ejecución.

4.2 POBLACIÓN

La población objeto de estudio estuvo constituida por todos los pacientes atendidos en el área de Terapia Ocupacional del Programa a Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

4.3 MUESTRA

Para determinar la muestra se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes atendidos en el área de Terapia Ocupacional del programa a pensionados del Seguro Social.
- Pacientes con problemas de autoestima.
- Entre las edades de 50 a 70 años y de ambos sexos.

4.4 TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo que se utilizó en el estudio fue el **no probabilístico intencional**, en el cual la muestra se selecciono de acuerdo a elementos y características que debió cumplir la población sobre la que se realizo la ejecución de la investigación; siendo estas características: Pacientes que presenten problemas de autoestima y se encuentren dentro de los rangos de edad y sexo establecidos.

4.5 TÉCNICAS DE OBTENCION DE LA INFORMACIÓN

Las técnicas de obtención de la información utilizadas fueron de tipo documental y de campo.

Las **técnicas documentales** empleadas fueron: Las técnicas documentales bibliográficas, la cual fue de utilidad para fundamentar las bases teóricas y científicas de la investigación y la técnica documental escrita ya que esta provee información de primera mano relacionada con los datos de los pacientes que participaron en el estudio.

Las técnicas de **campo** empleadas fueron: la entrevista en la cual a través de una conversación seria brindo a la investigación información sobre temas específicos.

4.6 INSTRUMENTOS

Los instrumentos empleados para la obtención de la información son: la ficha bibliográfica y la ficha para documentos escritos con la cual se consulto los expedientes de los pacientes que participaron en el estudio.

Entre los de campo están: Test para la identificación de problemas de autoestima (ver anexo No.3), guía de evaluación de terapia ocupacional para pacientes con problemas de autoestima (ver anexo No. 4), guía de entrevista dirigida al psicólogo que atiende a los pacientes del programa del instituto salvadoreño del seguro social (ver anexo No.5), guía de entrevista dirigida a los pacientes con problemas de autoestima (ver anexo No.6), cámara fotográfica y cámara de video.

4.7 EQUIPO Y MATERIAL

El equipo y material que se utilizó en la ejecución de la investigación consistió en el equipo de gimnasio como bicicleta, banda sin fin, fortalecedor de cuadriceps; en la realización de actividades manuales se utilizaron: alambre, papel de china y crespón, pinceles, lazo, tela, pedrería, listones, harina, pintura, copas de plástico, cola blanca, pistola de silicón, veladoras, brillantina, palitos de paleta, cajas de zapatos, cartulina. (ver anexos No. 9, 10 y 11) Se llevaron acabo jugos de mesa como domino, lotería, gran

banco, cartas para juego de memoria. Para la realización de actividades recreativas se utilizó: El autobús de la institución.

4.8 PROCEDIMIENTO

La investigación se efectuó en dos momentos:

En el primer momento se realizó la elección del tema, luego se solicitó la autorización para realizar la investigación en el Programa a Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social por medio de una solicitud escrita (ver anexo No.7), posteriormente se procedió a buscar información para la elaboración del Perfil de la Investigación y después del protocolo de Investigación, durante el período de febrero a junio de 2005.

En un segundo momento se procedió a la ejecución de la investigación en donde se realizó la consulta de expedientes, la observación, la evaluación de los pacientes con el test de autoestima y Terapia Ocupacional que participaron en la investigación, la entrevista a los mismos y al psicólogo que los atiende en el programa a pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Posteriormente se dio tratamiento de Terapia Ocupacional a los pacientes en estudio, lo cual se realizó en los meses de julio a septiembre, los días lunes, martes y

viernes de 9:00 a.m. a 12:00 p.m., siendo atendidos por las integrantes del grupo de investigación formándose así terapias grupales para recibir el tratamiento. El cual se aplico de la siguiente manera: El día lunes se llevaba a cabo ejercicios físicos de 9:00 a 10:00 a.m. y actividades manuales de 11:00 a 12:00 p.m., el día martes se finalizaban las manualidades no concluidas el día anterior y luego eran divididos los pacientes por grupos y se llevaban a cabo los diferentes juegos de mesa y dinámicas, concluyendo los días viernes con clases de gimnasia, baile y aeróbicos impartidas por María de los Ángeles Marquina. (ver anexos No. 12 y 13). Las actividades recreativas se realizaron aparte de los días de tratamiento establecidos visitando los lugares de recreo y esparcimiento que se encuentran fuera de la institución tales como el turicentro de Atecozol ubicado en Sonsonete, (ver anexos No. 14, 15 y 16); Amapulapa en el departamento de San Vicente (ver anexos No.17, 18, 19 y 20) y se llevaron a cabo actividades deportivas realizadas en el estadio Miguel Ángel Charlaix y se asistió a la exhibición de una película en las salas de Cinemark (ver anexo No. 21). Finalizándose así la ejecución del proceso de investigación con una clausura de carácter sociocultural donde se realizó la entrega de certificado de participación a la población objeto de estudio (ver anexo No. 8) así como la exposición de los logros obtenidos durante el tratamiento (ver anexos No.22, 23 y 24).

Luego se procedió a la tabulación de los resultados que se obtuvieron, los cuales se analizaron e interpretaron para establecer el informe final, todo esto durante el período

comprendido de julio a septiembre de 2005. Concluido el informe final se procedió a la presentación y exposición oral del mismo.

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

A continuación se presentan los resultados de la aplicación de la Terapia Ocupacional en pacientes con problemas de autoestima que asisten al programa a pensionados del instituto salvadoreño del seguro social de San Miguel.

Los resultados se obtuvieron por medio de instrumentos administrados a la población objeto de estudio, la cual estuvo constituida por doce pacientes de ambos sexos que oscilan entre las edades de 50 a 70 años; que asistieron al área de Terapia Ocupacional de este programa. Esta información fue sometida a un proceso de análisis e interpretación así como su representación grafica quedando estructurada de la siguiente manera:

Los cuadros No. 1, 2 y 3 corresponden a información general de edad, sexo y ocupación respectivamente, el cuadro No. 4 hace referencia a la parte del núcleo familiar que conserva el paciente, el cuadro No. 5 indaga sobre la dependencia o independencia económica.

El cuadro No. 6 y 7 refleja la ocupación del tiempo y los cambios del periodo laboral al de la jubilación; de los cuadros No. 8, 9, 10, 11 y 12 se obtiene la información del conocimiento y opiniones que la población tiene de la definición de

autoestima; sus tipos, sus posibles causas así como los aspectos de la vida que se verían afectados con este problema.

La información obtenida de los cuadros No. 13, 14 y 15 hace referencia al conocimiento y opiniones sobre la terapia ocupacional, su definición y aplicación así como de sus beneficios.

Concluyendo con el cuadro No. 16 en el cual se observa y se compara el nivel de autoestima que tenían los pacientes al inicio de la ejecución de acuerdo a los resultados obtenidos del test de evaluación de autoestima se ubicaron dentro de la escala que corresponde a la autoestima baja no saludable. Comprobándose así que la aplicación del tratamiento de Terapia Ocupacional ayudo a mejorar los niveles de autoestima pasando gradualmente de la autoestima baja no saludable a la autoestima baja saludable. En relación con los datos obtenidos al administrar test de evaluación de autoestima al final de la investigación.

5.1 ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE LOS DATOS.

CUADRO No. 1

POBLACIÓN SEGÚN EDAD.

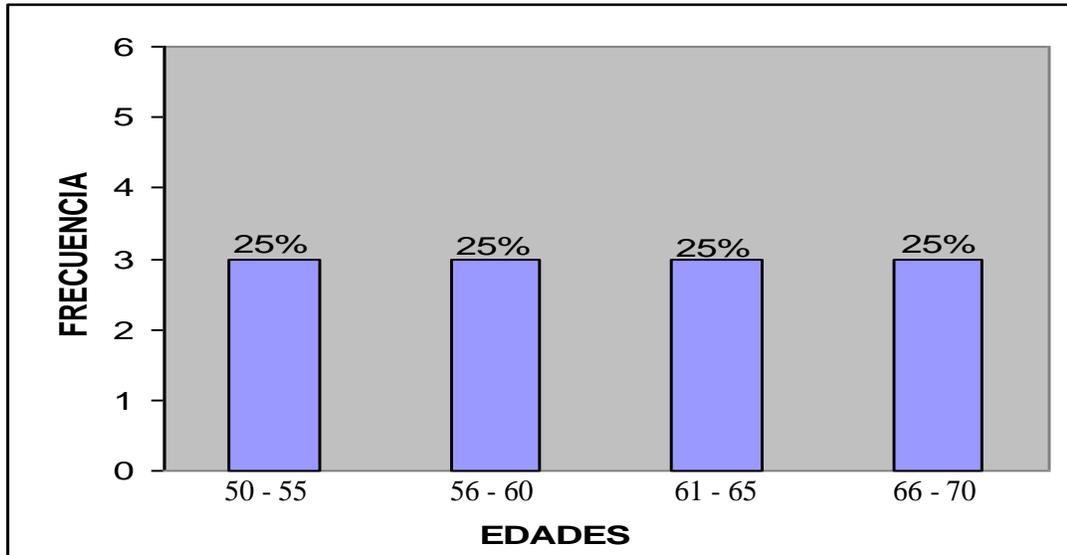
| EDAD EN AÑOS | F | % |
|---------------------|-----------|-------------|
| 50 – 55 | 3 | 25 |
| 56 – 60 | 3 | 25 |
| 61 – 65 | 3 | 25 |
| 66 – 70 | 3 | 25 |
| TOTAL | 12 | 100% |

Fuente: Guía de Entrevista Dirigida a los pacientes objeto de estudio.

ANÁLISIS: El presente cuadro señala que los pacientes entre las edades de 50 a 70 años muestran un porcentaje uniforme, observándose que se obtienen en todos los rangos un porcentaje del 25%.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los datos presentados anteriormente, el mayor índice de problemas de autoestima se da entre las edades de 50 a 70 años, observándose así la edad promedio de inicio de la jubilación de acuerdo a la ley del código de trabajo. En el cual se muestra el impacto del descenso de una actividad laboral profundamente relacionada con los problemas de autoestima.

GRÁFICO No. 1
POBLACIÓN SEGÚN EDAD



Fuente: cuadro n.º 1

CUADRO No. 2
POBLACIÓN SEGÚN SEXO.

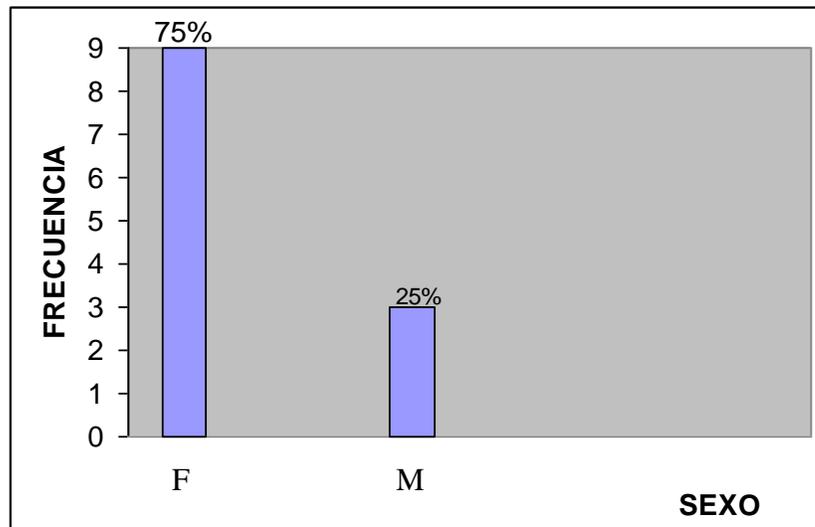
| SEXO | F | % |
|--------------|-----------|-------------|
| F | 9 | 75 |
| M | 3 | 25 |
| TOTAL | 12 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.

ANÁLISIS: Los resultados obtenidos indican que el mayor porcentaje es el sexo femenino con un 75% y el sexo masculino con un porcentaje del 25%.

INTERPRETACIÓN: Se comprobó que el mayor índice de problemas de autoestima se presenta en el sexo femenino, ya que hay una mayor población de este género en el Programa a Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. También tomando en cuenta que el sexo femenino experimenta en su proceso de desarrollo mayores cambios hormonales, físicos, emocionales y psíquicos y el resto el sexo masculino debido a que experimentan una pérdida del trabajo por la jubilación así como de roles, amigos y compañeros.

GRÁFICO No. 2
POBLACIÓN SEGÚN SEXO.



FUENTE: cuadro n° 2

CUADRO No. 3

PROFESIÓN U OFICIO ANTERIOR.

| OCUPACIÓN | F | % |
|----------------------|----|-------|
| -Empleado/a Pública. | 7 | 58.33 |
| -Comerciante. | 2 | 16.66 |
| -Ama de casa. | 2 | 16.66 |
| -Mecánico. | 1 | 8.33 |
| TOTAL | 12 | 100% |

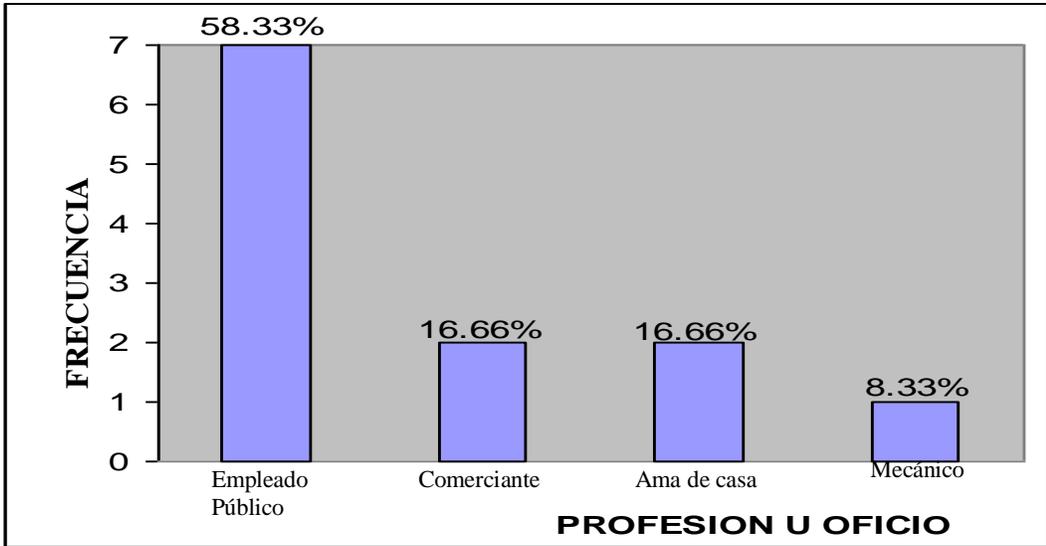
Fuente: Guía de Entrevista Dirigida a los pacientes objeto de estudio.

ANÁLISIS: El presente cuadro demuestra que el 58.33% de los pacientes se desempeñaban como empleado/a público, otra parte de la población como ama de casa y comerciante con un 16.66% cada una y el resto de la población como mecánico que representa un 8.33%.

INTERPRETACIÓN: Se constato que el mayor índice de personas entrevistadas se desempeñaban laboralmente como empleados públicos porque son los que obtienen al jubilarse directamente el derecho de pertenecer a los servicios que presta el programa a pensionados, así también las personas que se desempeñaban

como mecánicos; observándose que los comerciantes y amas de casa se integran a los programas de pensionados como beneficiarias de sus esposos.

GRÁFICO No. 3
PROFESIÓN U OFICIO ANTERIOR.



Fuente: cuadro n° 3

CUADRO No. 4

¿CON QUIÉN VIVE USTED?

| ALTERNATIVAS | F | % |
|--|----|-------|
| Espos/a | 3 | 25 |
| Hijos/as | 2 | 16.66 |
| Familia Primaria (nietos/as, sobrinos/as, hermanos/as y primos/as) | 2 | 16.66 |
| Solo/a. | 1 | 8.33 |
| Núcleo Familiar (espos/a e hijos/as) | 4 | 33.33 |
| TOTAL | 12 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.

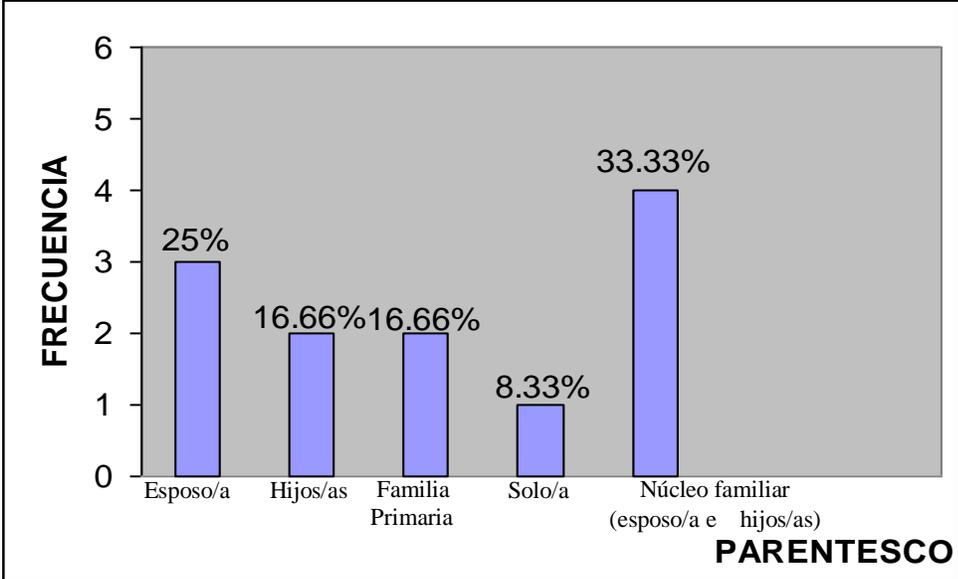
ANÁLISIS: El presente cuadro muestra que el 33.33% de los pacientes entrevistados residen dentro de un núcleo familiar; comprendido por esposo/a e hijos/as un 25% con su esposo/a, un 16.66% con hijos/as y el resto de la población que viven con su familia primaria constituida por nietos/as, sobrinos/as, hermanos/as, y primos, un 8.33% refleja que vive solo.

INTERPRETACIÓN: Los resultados hacen referencia a que las personas jubiladas conservan su posición dentro de su familia primaria ya que en la mayoría de los casos se hacen acompañar de hermanos/as, primos/as, esposos/as. Tomando

encuesta que su núcleo familiar (esposa/a, hijos/as) se desintegro a causa de la emigración, viudez y muerte de hijos.

GRÁFICO No. 4

¿CON QUIÉN VIVE USTED?



Fuente: cuadro n° 4

CUADRO No. 5

¿ES ESTED ECONÓMICAMENTE INDEPENDIENTE?

| ALTERNATIVAS | F | % |
|--------------|----|------|
| SI | 9 | 75% |
| NO | 3 | 25% |
| TOTAL | 12 | 100% |

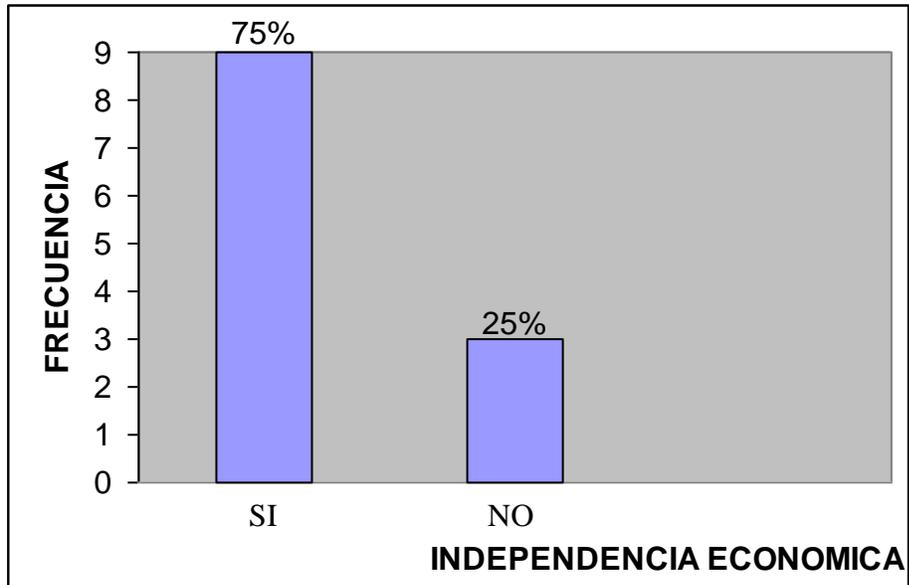
Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.

ANÁLISIS: De acuerdo a la información obtenida el 100 % de la población en estudio recibe una pensión pero el cuadro refleja que el 75% los pacientes entrevistados son económicamente independientes y un 25% económicamente dependientes.

INTERPRETACIÓN: Se verificó que el 100% de los entrevistados reciben una pensión, siendo en su mayoría una cantidad de dinero adecuada para depender de esta y un pequeño porcentaje aun recibiendo su pensión esta no le es suficiente y necesita apoyo económico de sus familiares.

GRÁFICO No. 5

¿ES USTED ECONÓMICAMENTE INDEPENDIENTE?



Fuente: cuadro n° 5

CUADRO No. 6

¿EN QUÉ ACTIVIDADES INVIERTE SU TIEMPO, A PARTE DE ASISTIR AL PROGRAMA DE PENSIONADOS?.

| ALTERNATIVAS | F | % |
|-------------------------------|----|-------|
| -Costurera. | 2 | 16.66 |
| -Oficios domésticos. | 3 | 25 |
| -Atender la tienda. | 2 | 16.66 |
| -Actividades de la comunidad. | 1 | 8.33 |
| -Actividades recreativas. | 2 | 16.66 |
| -Tramitaciones. | 1 | 8.33 |
| -Ninguna. | 1 | 8.33 |
| TOTAL | 12 | 100% |

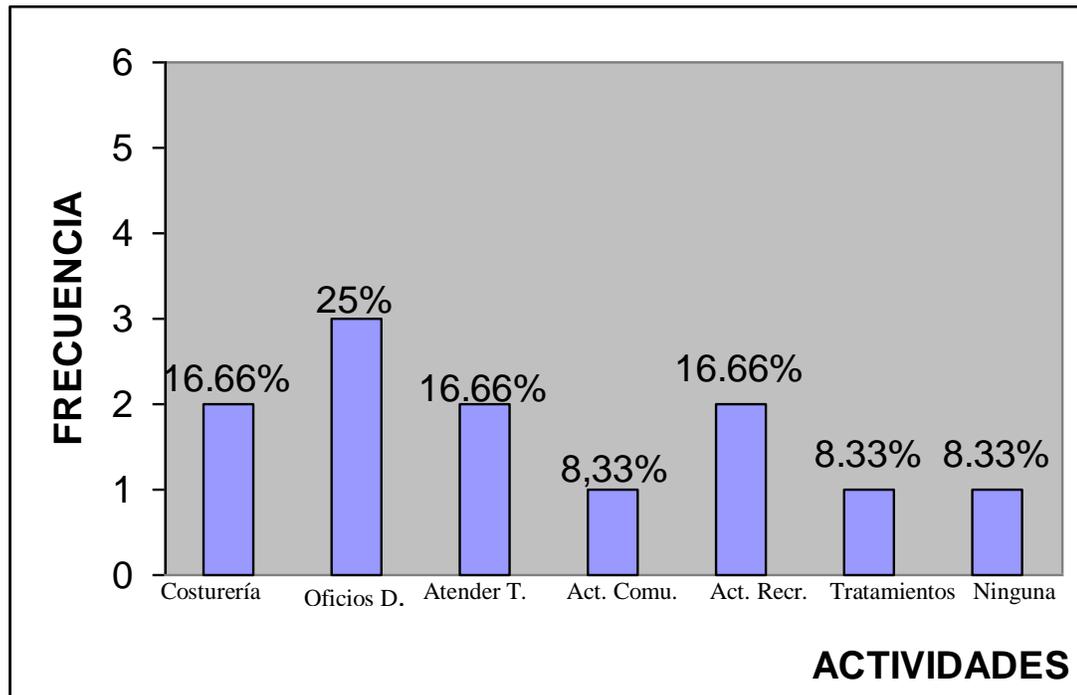
Fuente: Guía entrevista dirigida a la población objeto de estudio.

ANÁLISIS: Según los datos obtenidos en la entrevista hecha a los pacientes con problemas de autoestima al preguntarles en que invierte su tiempo libre se puede observar que un 25% lo invierte en oficios domésticos, otro porcentaje de la población lo invierte en costurerilla, atender la tienda y actividades recreativas cada una con un 16.66% y el resto de la población en actividades de la comunidad, y en tramitaciones representando cada uno un 8.33% solo una persona que equivale a 8.33% no realiza ninguna actividad.

INTERPRETACIÓN: Al interpretar los datos del cuadro se puede determinar que las personas entrevistadas, además de asistir al programa de pensionados del Seguro Social, invierten su tiempo en diversas actividades, observándose el mayor índice en la realización de oficios domésticos debido a que el mayor porcentaje de la población objeto de estudio son del sexo femenino.

GRÁFICO No. 6

ACTIVIDADES EN QUE INVIERTE SU TIEMPO



Fuente: cuadro n° 6

CUADRO No. 7

¿QUÉ CAMBIOS HA EXPERIMENTADO AL PASAR DE UN ESTADO LABORALMENTE ACTIVO A SER PENSIONADO?

| ALTERNATIVAS | F | % |
|-------------------------------|-----------|-------------|
| -Tranquilidad. | 2 | 16.66 |
| -Descanso. | 1 | 8.33 |
| -Frustración, Depresión. | 6 | 50 |
| -Marginado/a por la sociedad. | 2 | 16.66 |
| -Aburrimiento. | 1 | 8.33 |
| TOTAL | 12 | 100% |

Fuente: guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.

ANÁLISIS: El presente cuadro refleja que el 100% un 50% de los pacientes entrevistados experimentaron cambios de frustración y depresión, al pasar de un estado laboralmente activo a ser pensionado otro porcentaje de la población presentan tranquilidad y marginación por la sociedad cada uno con un 16.66% y el resto de la población manifiesta descanso y aburrimiento con un porcentaje de 8.33% cada uno.

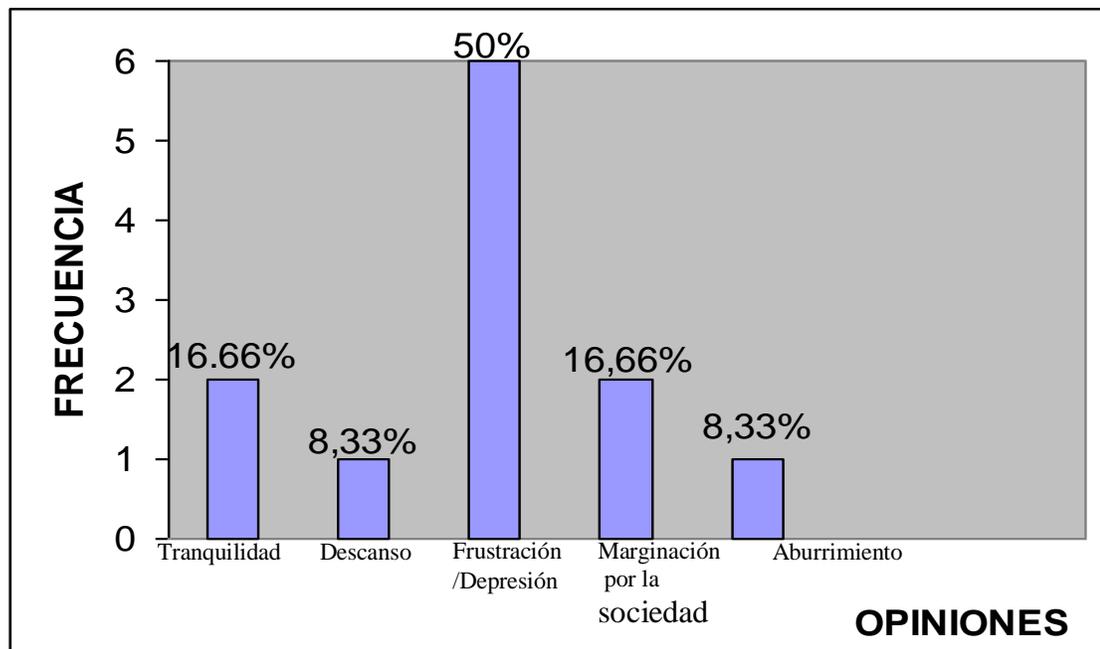
INTERPRETACIÓN: Según los datos obtenidos de los pacientes entrevistados se comprobó que la mayoría de ellos experimentaron frustración y depresión debido al enfrentamiento con la jubilación esto es pérdida del trabajo o eventos continuos y progresivos a través del ciclo de vida y su consecuente estado de

sedentarismo (no existencia del cumplimiento de un horario laboral), disminución del círculo social y la pérdida de compañeros laborales. Observándose también un porcentaje que experimento tranquilidad y descanso, al encontrarse con mayor tiempo disponible y libre de presión.

Siendo esto avalado por la teoría expuesta.

GRÁFICO No. 7

CAMBIOS QUE HA EXPERIMENTADO AL PASAR DE UN ESTADO LABORALMENTE ACTIVO A SER PENSIONADO.



Fuente: cuadro n° 7

CUADRO No. 8

¿SABE USTED QUÉ ES AUTOESTIMA?

| ALTERNATIVAS | F | % |
|--------------|----|-------|
| SI | 8 | 66.66 |
| NO | 4 | 33.33 |
| TOTAL | 12 | 100% |

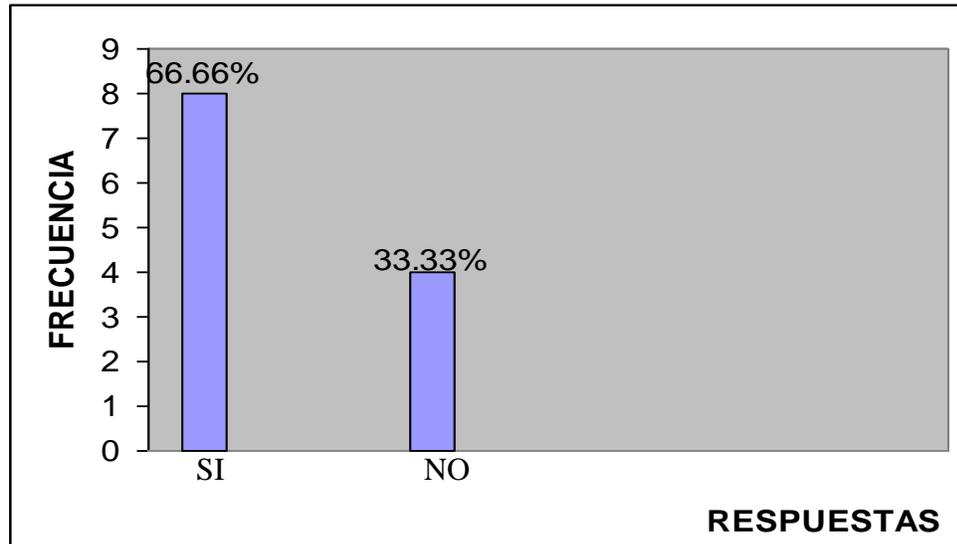
Fuente: entrevista dirigida a la población objeto de estudio

ANÁLISIS: los resultados indican que el 66.66% tienen conocimiento sobre la autoestima y el 33.33% No poseen conocimiento sobre ella.

INTERPRETACIÓN: Se observa que el mayor índice de pacientes si saben que es autoestima y la definen como: valorarse así mismo y a los demás, así como quererme a mi mismo, dicha definición esta muy relacionada con el concepto de autoestima. Comprobándose que los niveles educativos desempeñan un papel importante ya que la mayoría de los pacientes que realizaron de noveno grado a bachillerato dieron respuesta más cercana a la definición de autoestima, encontrándose con una pequeña parte de la población que no tiene conocimiento del tema.

GRÁFICO No. 8

¿SABE USTED QUÉ ES AUTOESTIMA?



Fuente: cuadro n° 8

CUADRO No. 9

¿QUÉ TIPOS DE AUTOESTIMA CONOCE?

| ALTERNATIVAS | F | % |
|-------------------------|------------|-------------|
| Autoestima Alta | 2 | 14.28 |
| Autoestima Baja | 2 | 14.28 |
| Autoestima Saludable | 2 | 14.28 |
| Autoestima no Saludable | 0 | 0 |
| Todas las Anteriores | 1 | 7.14 |
| No sabe | 7 | 50 |
| TOTAL | 14* | 100% |

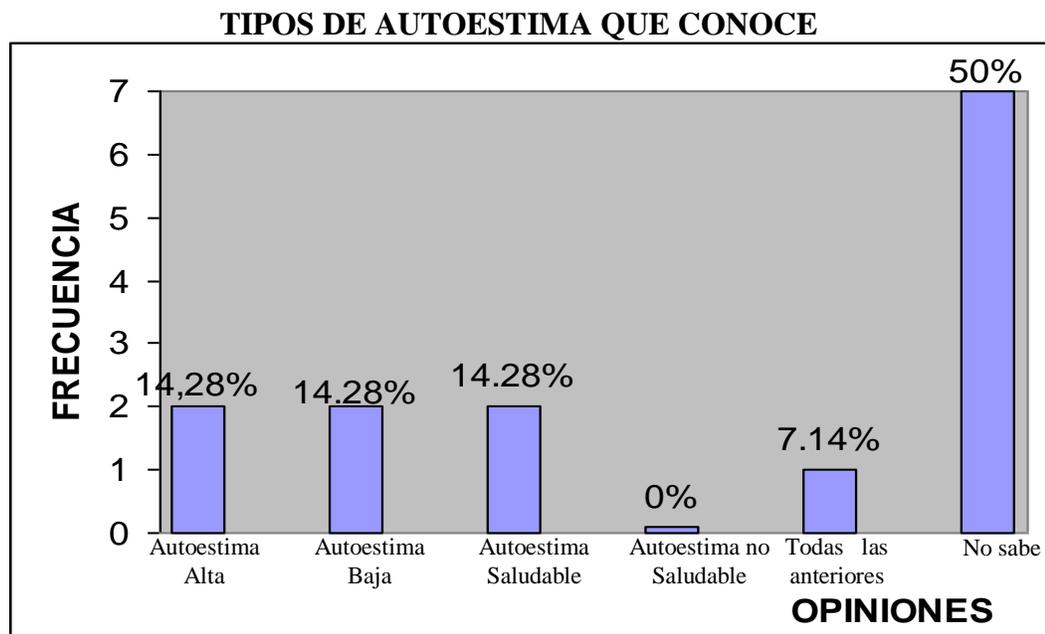
Fuente: guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.

El total de los datos sobrepasa el número de la población en estudio porque las personas contestaron más de una alternativa.

ANÁLISIS: El presente cuadro indica que entre las diferentes opiniones que dieron las 8 personas que si saben que es autoestima el 50% no conocen los tipos de autoestima, entre autoestima baja, alta y saludable se obtiene el 14.28% cada una y el resto de las opiniones indican que un 7.14% conoce de todos los tipos de autoestima.

INTERPRETACIÓN: Según los datos que se obtuvieron a través de la entrevista se demuestra que en su mayoría existe muy poca información sobre los tipos de autoestima lo que refleja una población desconocedora del tema de problemas de autoestima.

GRÁFICO No. 9



Fuente: cuadro n° 9

CUADRO No. 10

¿QUÉ ENTIENDE POR PROBLEMAS DE AUTOESTIMA?

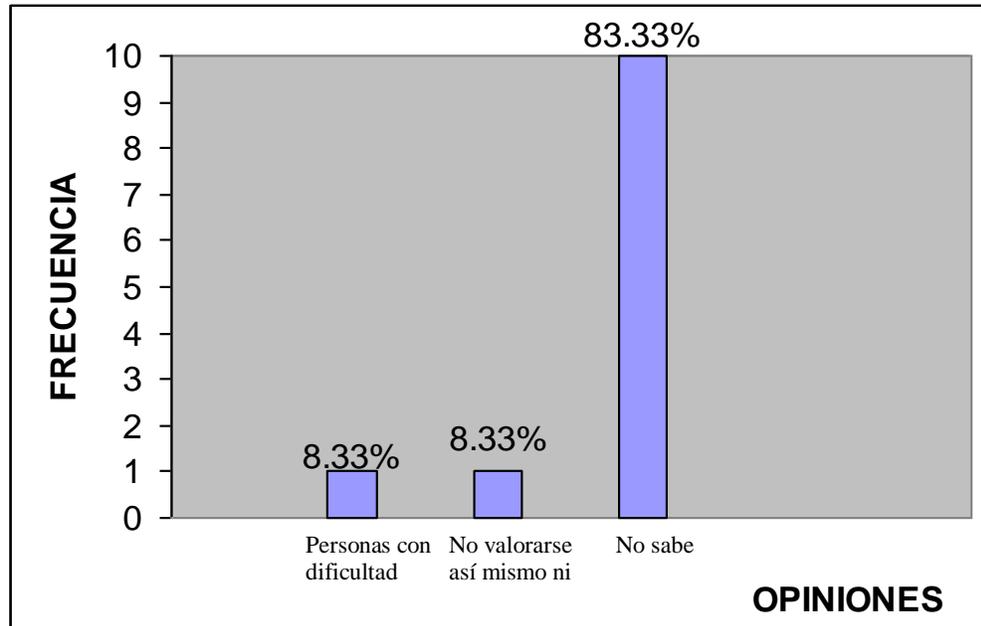
| ALTERNATIVAS | F | % |
|--|----|-------|
| -Personas con dificultades | 1 | 8.33 |
| - No valorarse así mismo ni a los demás | 1 | 8.33 |
| -No sabe | 10 | 83.33 |
| TOTAL | 12 | 100% |

Fuente: guía dirigida a la población objeto de estudio.

ANÁLISIS: EL cuadro refleja que el 83.33% no sabe que son problemas de autoestima, un 8.33% la define como personas con dificultades y el resto de la población de 8.33% asegura que consiste en no valorarse así mismo ni a los demás.

INTERPRETACIÓN: Según los datos obtenidos se demuestra que debido a la falta de información y de importancia a los problemas de autoestima las personas desconocen en que consiste la definición sobre problemas de autoestima. Relacionándose esta interpretación con los cuadros No. 8 y No.9 observándose que aun que la mayoría se acerca a la definición de autoestima no conocen sus tipos, así como también los problemas de autoestima.

GRÁFICO No. 10
¿QUÉ ENTIENDE POR PROBLEMAS DE AUTOESTIMA?



Fuente: cuadro n° 10

CUADRO No. 11
SEGÚN SU CRITERIO ¿CUALES SON LAS CAUSAS DE LOS PROBLEMAS DE AUTOESTIMA?

| ALTERNATIVAS | F | % |
|------------------------|-----------|-------------|
| -Sobrepeso. | 0 | 0 |
| -Jubilación. | 6 | 50 |
| -Edad. | 0 | 0 |
| -Hipertensión. | 0 | 0 |
| -Problemas familiares. | 2 | 16.66 |
| -No sabe. | 4 | 33.33 |
| TOTAL | 12 | 100% |

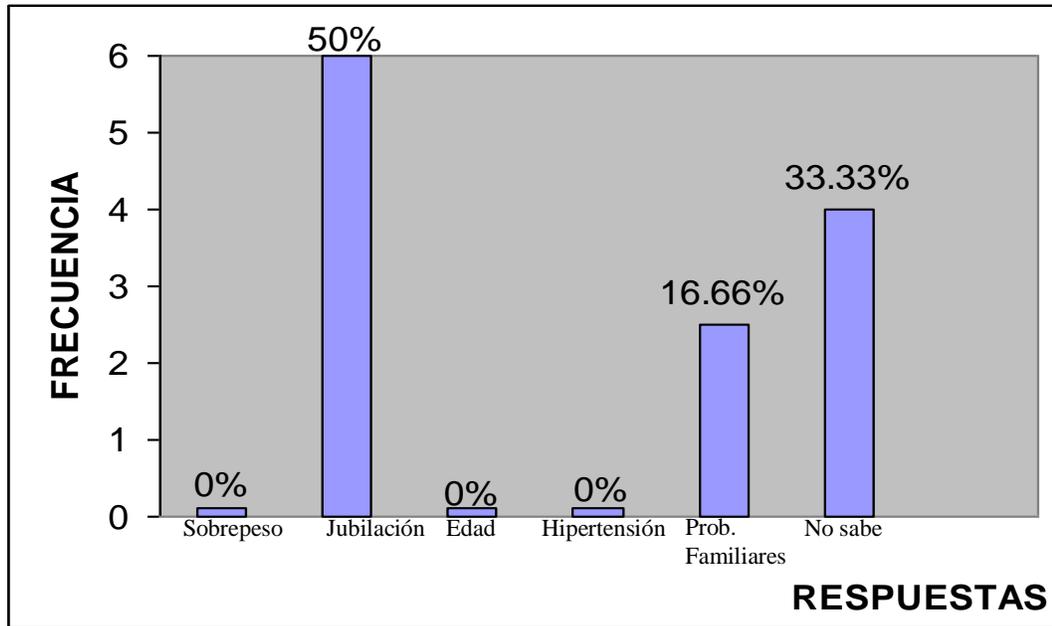
Fuente: guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.

ANÁLISIS: El presente cuadro refleja que el 50% de la población entrevistada opina que una de las causas es la jubilación, un porcentaje de 33.33% manifiesta que desconoce su causa y un 16.66% opina que su origen depende de los problemas familiares.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo con los resultados obtenidos se observa el mayor índice en que la causa de los problemas de autoestima se debe a la jubilación debido a las diferentes pérdidas con las que se enfrenta en esta etapa como pérdidas físicas, sociales y psicológicas; tomando encuesta también que los problemas familiares se definen como segunda causa de dichos problemas según la entrevista realizada.

GRÁFICO No. 11

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LOS PROBLEMAS DE AUTOESTIMA?



Fuente: cuadro n° 11

CUADRO No. 12

**¿SEGÚN USTED QUE ASPECTOS DE LA VIDA SE VERÍAN AFECTADOS
POR ESTE PROBLEMA?.**

| ALTERNATIVAS | F | % |
|---------------------------------|-----------|-------------|
| -Económico. | 0 | 0 |
| -Relaciones sociales. | 0 | 0 |
| -Relaciones familiares. | 2 | 16.66 |
| -Confianza. | 1 | 8.33 |
| -Actividades de la vida diaria. | 0 | 0 |
| -Todas las anteriores. | 3 | 25 |
| -No sabe. | 6 | 50 |
| -Ninguno. | 0 | 0 |
| TOTAL | 12 | 100% |

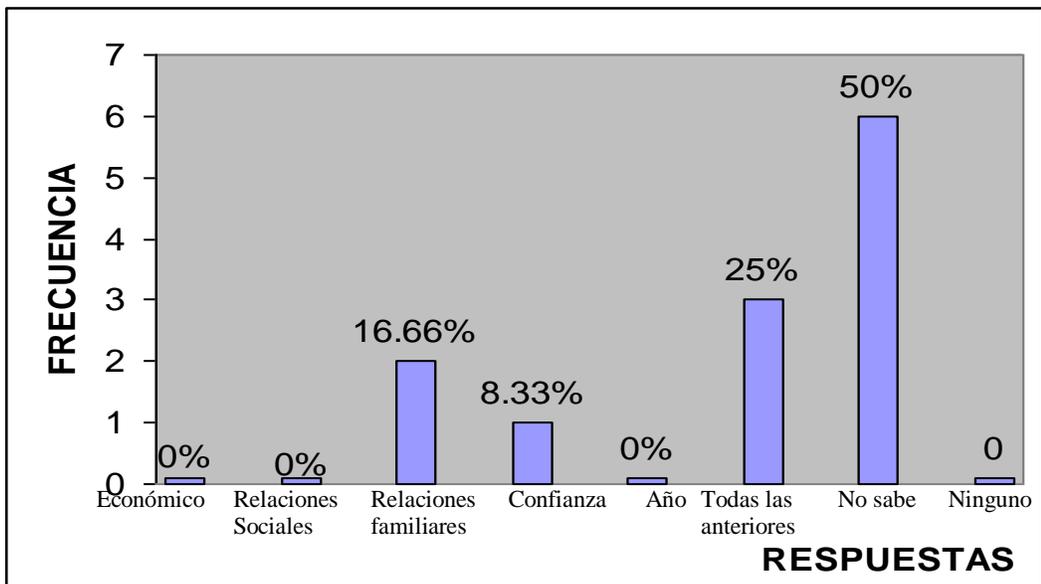
Fuente: guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.

ANÁLISIS: En el presente cuadro se observa que al preguntarle a las personas sobre que aspectos de la vida se ven afectados por este problema el 50% no sabe, el 25% opina que todas las alternativas planteadas son las que resultan afectadas, un 16.66% manifiesta que las relaciones familiares resultan afectadas y un 8.33% asegura que la confianza se ve afectada.

INTERPRETACIÓN: Según los datos obtenidos se comprueba que debido a que la población desconoce cuales son los problemas de autoestima y sus causas, así también ignoran que aspectos de la vida se ven afectados al poseer este problema. En contraste que un pequeño porcentaje de la población afirma que los aspectos afectados son las relaciones familiares y la confianza basado en su propia experiencia.

GRÁFICO No. 12

ASPECTOS DE LA VIDA QUE SE VERÍAN AFECTADOS CON ESTE PROBLEMA



Fuente: cuadro n° 12

CUADRO No. 13

¿SABE USTED QUÉ ES TERAPIA OCUPACIONAL?

| OPINIÓN | F | % |
|---------|----|-------|
| SI | 4 | 33.33 |
| NO | 8 | 66.66 |
| TOTAL | 12 | 100% |

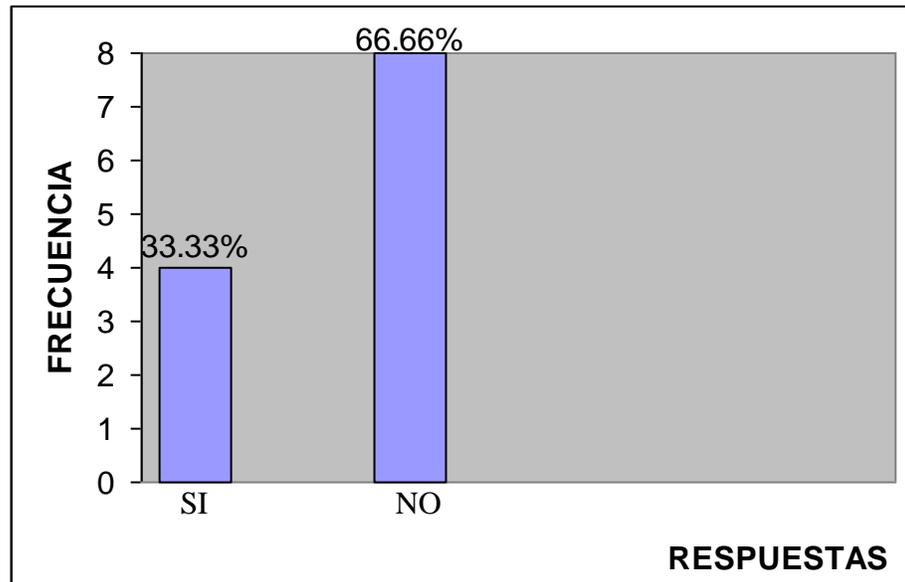
Fuente: guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.

ANÁLISIS: En el presente cuadro se observa que el 66.66% no sabe que es Terapia Ocupacional y el 33.33% manifiesta algún conocimiento sobre dicho concepto.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo con los datos obtenidos se puede comprobar que los pacientes desconocían en que consiste la Terapia Ocupacional debido que era algo nuevo para ellos. Por otra parte se encuentra un pequeño porcentaje que definían la Terapia Ocupacional como actividades manuales productivas para mente y cuerpo, así como mantenerse ocupado.

GRÁFICO No. 13

¿QUÉ ES TERAPIA OCUPACIONAL?



Fuente: cuadro n° 13

CUADRO No. 14

¿CONSIDERA QUE EL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL PUEDE AYUDAR O MEJORAR LOS PROBLEMAS DE AUTOESTIMA?

| OPINIÓN | F | % |
|---------|----|-------|
| SI | 4 | 33.33 |
| NO | 8 | 66.66 |
| TOTAL | 12 | 100% |

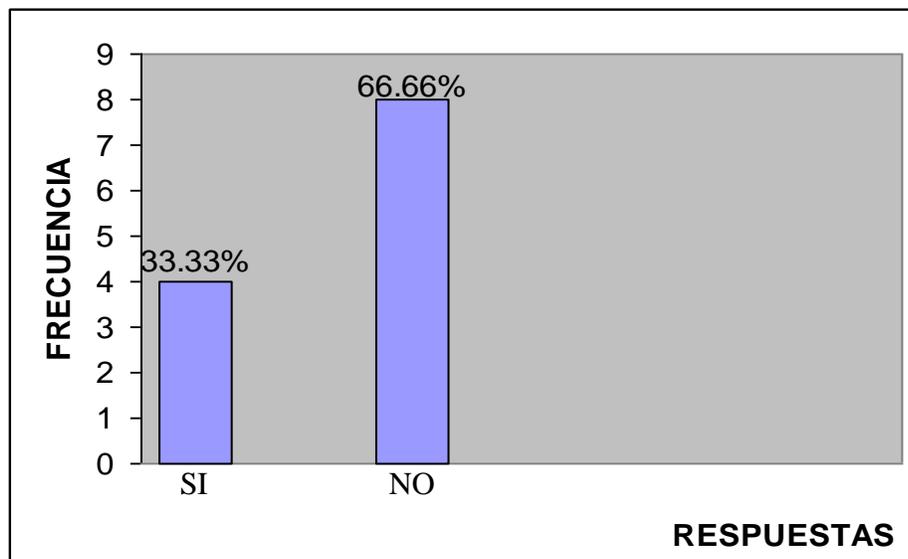
Fuente: guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.

ANÁLISIS: Se observa que el 66.66% manifiesta no saber si el tratamiento de Terapia Ocupacional puede ayudar a mejorar los problemas de autoestima. Por el contrario un 33.33% asegura que el tratamiento es idóneo para dicho problema.

INTERPRETACIÓN: Retomando los resultados del cuadro anterior se observa que la mayoría de los pacientes desconocía los beneficios que se podían obtener de un tratamiento de Terapia Ocupacional y el resto de la población manifestaba que ayudaría a sentirse bien, mejorar las relaciones sociales y a mantener la mente ocupada.

GRÁFICO No. 14

¿CONSIDERA QUE EL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL PUEDE AYUDAR A MEJORAR LOS PROBLEMAS DE AUTOESTIMA?



Fuente: cuadro n° 14

CUADRO No. 15

¿CUÁLES CREE USTED QUE SERIAN LOS BENEFICIOS QUE OBTENDRIA UNA PERSONA AL RECIBIR TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL?

| ALTERNATIVAS | F | % |
|------------------------------------|-----------|-------------|
| -Su aspecto personal es mejor. | 3 | 25 |
| -Se relaciona mejor con los demás. | 0 | 0 |
| -Mayor seguridad en si mismo. | 0 | 0 |
| -Ninguno. | 0 | 0 |
| -Todas las anteriores. | 5 | 41.66 |
| -No sabe. | 4 | 33.33 |
| TOTAL | 12 | 100% |

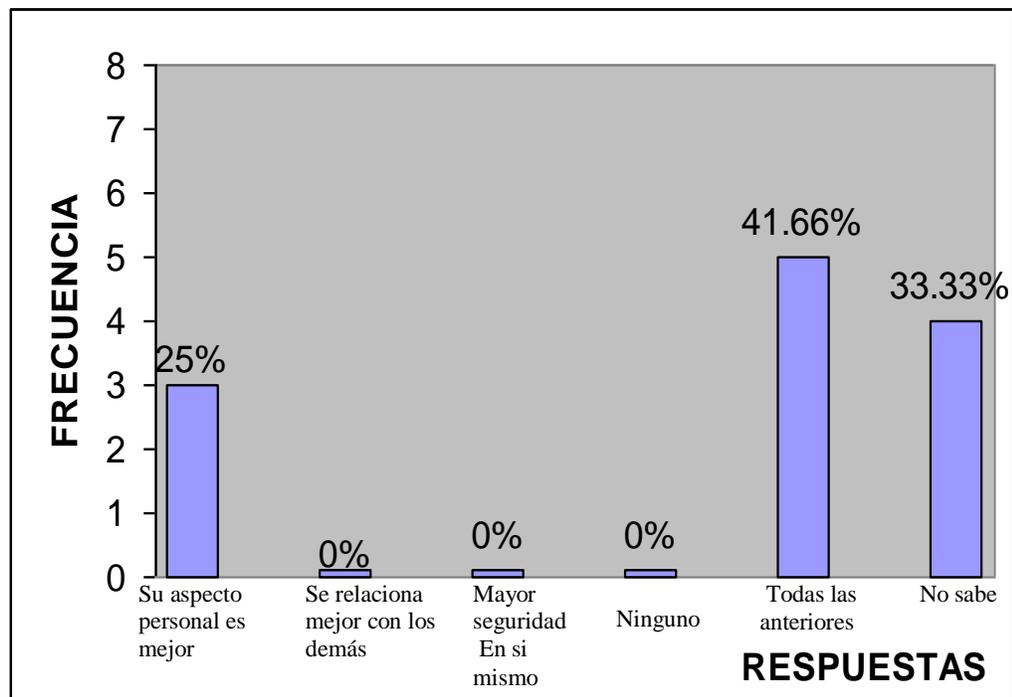
Fuente: guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

ANÁLISIS: El presente cuadro da como resultado que el 41.66% manifiesta que todas las alternativas presentadas son beneficios que pueden obtenerse mediante el tratamiento, un 33.33% no sabe y un 25% opina que solamente será beneficiado su aspecto personal.

INTERPRETACIÓN: Se comprueba que pese a no poseer amplios conocimientos sobre el tema la población entrevistada en su mayoría considera que el tratamiento de terapia ocupacional, seria de beneficio para este problema.

GRÁFICO No. 15

**¿CUÁLES CREE USTED QUE SERIAN LOS BENEFICIOS QUE OBTENDRIA
UNA PERSONA AL RECIBIR TRATAMIENTO DE TERAPIA
OCUPACIONAL?**



Fuente: cuadro n° 15

CUADRO No.16

**ESCALA DE NIVEL DE AUTOESTIMA OBTENIDA AL INICIO Y AL FINAL
DE LA INVESTIGACIÓN.**

| ESCALA | F INICIAL | % INICIAL | F FINAL | % FINAL |
|--|------------------|------------------|----------------|----------------|
| Autoestima baja no saludable 0 -10 | | | | |
| 11 – 20 | 1 | 8.33 | 1 | 8.33 |
| 21 – 30 | 4 | 33.33 | | |
| 31 – 40 | 7 | 58.33 | 4 | 33.33 |
| Autoestima baja saludable 41 – 50 | | | 6 | 50 |
| 51 – 60 | | | | |
| Autoestima alta no saludable 61 – 70 | | | | |
| 71 – 80 | | | 1 | 8.33 |
| 81 – 90 | | | | |
| Autoestima alta saludable 91 – 100 | | | | |
| TOTAL | 12 | 100% | 12 | 100% |

Fuente: test de evaluación de autoestima

ANÁLISIS: El cuadro presenta el nivel de autoestima obtenido al inicio y al final de la investigación; obteniéndose al inicio un 58.33% de pacientes dentro de la escala de 31 – 40; un 33.33% dentro de la escala 21 – 30 y un 8.33% en la escala de 11 – 20 correspondiendo estos porcentajes. Reflejando también los resultados obtenidos al final que corresponden a un 50% que se encuentra en la escala de 41 – 50, un 33.33% en la escala de 31 – 40, un 8.33% de 71 – 80 y un paciente se mantuvo dentro de la escala de 11 – 20 que refleja un 8.33%.

INTERPRETACIÓN: Al interpretar el cuadro que contiene el nivel de autoestima encontrado al inicio de la investigación que corresponde a un nivel de autoestima baja no saludable que consiste en que el individuo se a dejado dominar por sus sentimientos desfavorables de autovaloración, este sentimiento es el que provoca la sensación de angustia, humillación y contrariedad.

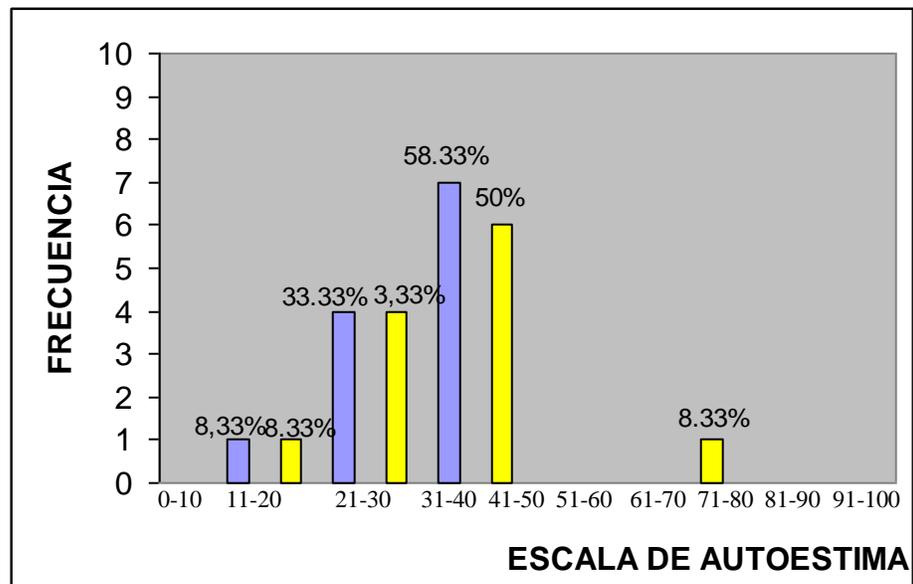
Al final de la investigación los resultados obtenidos demuestran que la hipótesis de trabajo que se planteo de la siguiente manera: a mayor intervención de Terapia Ocupacional menores serán los problemas de autoestima que presentan los pacientes que asisten al programa de pensionados del instituto Salvadoreño Del Seguro Social.

Comprobándose así que con la aplicación de tratamiento de Terapia Ocupacional los pacientes evolucionaron de una autoestima baja no saludable a una

autoestima baja saludable. Con excepción de un solo paciente que no concluyo el tratamiento y se mantuvo en una autoestima baja no saludable.

GRÁFICO No. 16

ESCALA DE AUTOESTIMA AL INICIO Y AL FINAL



Fuente: cuadro n° 16



Escala obtenida al inicio



Escala obtenida al final

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1 CONCLUSIONES.

Después de haber tabulado, analizado e interpretado los resultados de la investigación. Se plantean las siguientes conclusiones:

- Los problemas de autoestima que presentan los pacientes que asisten al Programa de Pensionados del Seguro Social se dan con más frecuencia en mujeres que en hombres, ya que hay una mayor población de este genero dentro de los miembros que asisten a dicho programa.

- Según lo observado y las respuestas en la población objeto de estudio se pudo determinar que los factores que causan problemas de autoestima son; Pérdidas físicas sufridas por el adulto mayor (incluyendo la pérdida o disminución de la capacidad sexual), pérdidas sociales y pérdidas psicológicas.

- La Terapia Ocupacional ayudó a mejorar los problemas de autoestima siendo los cambios más notables los siguientes: Cambios de aptitudes, buen estado de animo y disponibilidad para la ejecución armónica de las funciones que lo llevan al desarrollo y le proveen de organización y dirección en los procesos ya sean estos cognitivos emocionales o motoras.

- Las actividades recreativas, manuales así como las clases de aeróbico y baile son las que mas ayudan a mejorar los problemas de autoestima en los pacientes que asistieron al programa de tratamiento de Terapia Ocupacional.

- Por medio de la Terapia Ocupacional se puede cambiar la actitud de las personas que asisten al Programa a Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social asumen frente a la jubilación; llegándose así a la comprobación de la hipótesis de trabajo la cual se planteo de la siguiente manera: A mayor intervención de Terapia Ocupacional menores serán los problemas de autoestima que presentaran los pacientes que asisten a dicho programa.

- Con el tratamiento de Terapia Ocupacional se logro identificar las diferentes aptitudes, destrezas y habilidades de las cuales se pueden obtener el mayor provecho y beneficio que ayuden a su reintegración social así como a una actividad productiva.

- La familia desempeña un papel importante en el tratamiento de Terapia Ocupacional para mantener las habilidades, aptitudes y estados de ánimo que se lograron y así promover una mejor ejecución de los mismos.

6.2 RECOMENDACIONES.

- Crear conciencia en las personas próximas a la etapa de jubilación sobre la importancia de integrarse a los programas que ofrece el Seguro Social, teniendo mayor atención en el sexo masculino para que haya una mayor participación en futuros programas de tratamiento tanto en Terapia Física como en Terapia Ocupacional por parte de estos.

- Dar mayor orientación y capacitación a las personas próximas a la etapa de jubilación como a las que ya viven dentro de esta etapa, acerca de los factores que causan problemas de autoestima y como poder enfrentarlos.

- Dar a conocer a los pacientes la importancia y los beneficios al asistir continua, puntual y oportunamente a los tratamientos de Terapia Ocupacional para así obtener una evolución favorable.

- Teniendo en cuenta que los resultados obtenidos por medio del tratamiento de Terapia Ocupacional fueron satisfactorios. Se recomienda a las autoridades de dicha institución equipar un área de terapia ocupacional que posea los materiales básicos y necesarios para poder brindar este servicio.

- Que la población que asiste al programa a pensionados conozcan a través de charlas en que consisten los problemas de autoestima, sus tipos, causas y su adecuado tratamiento.

- Que la personas responsables del programa continúen con incentivar y animación de los diferentes grupos por los cuales esta conformado. Para que estos no pierdan habilidades y destrezas que poseen; así como también gestionar con las autoridades superiores de la institución la posible contratación de un recurso humano en la especialidad en licenciado/a en Fisioterapia y Terapia Ocupacional que se encuentre continuamente al frente de esta población pensionada.

- Orientar a los responsables del programa para que motiven a los familiares de los futuros pacientes de Fisioterapia y Terapia Ocupacional a que intervengan activamente en el desarrollo del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS:

HOPKINS, Helen L. y ESMITH, Helen D. **Terapia Ocupacional**. 8ª edición, Filadelfia, Medicina Panamericana, 1993. 917 Págs.

OCEANO EDITORES. **Diccionario de Medicina Mosby**. 4ª edición, en español, Barcelona, España, s.f., 1560 Págs.

OCEANO EDITORES. **Diccionario Enciclopédico**. Sin edición, Barcelona, España, 1998, 1848 Págs.

HERNANDEZ, SAMPIERI Roberto. **Metodología de la Investigación**. 1ª edición, Mcgraw – Hill, México, 1991, 505 Págs.

HERNANDEZ, SAMPIERI Roberto; FERNANDEZ, COLLADO Carlos; BAPTISTA, Lucio Pilar. **Metodología de la Investigación**. 3ra edición, Mcgraw – Hill, México D.F., 2003, 705 Págs.

BEATRIZ, PINEDA Elia; LUZ, ALVARADO Eva; H. de CANALES Francisca. **Metodología de la Investigación**. 2da edición, Organización Panamericana para la Salud, Washinton, D.C., 1994, 225 Págs.

OTRAS FUENTES:

GRAY, Elda; RAMIREZ LOVO, Ileana Haydee; TRUJILLO CHICAS, Marina Claribel. Influencia de la Terapia Ocupacional en pacientes geriátricos con trastornos depresivos en el Asilo Casa de la Misericordia de la Ciudad de San Miguel, en el periodo comprendido de agosto 2001 a enero 2002. **Tesis**. Facultad Multidisciplinaria Oriental. Universidad de El Salvador. 2001. 124 Págs.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS:

“Portal de Terapia Ocupacional”. **Documento** (Disponible en [www.portal de terapia - ocupacional.com](http://www.portal.de.terapia-ocupacional.com)). Consultada 16 de mayo de 2005.

YAGOSESKY, Renny “Monografías de Autoestima”. **Documento** (Disponible [www.monografias de autoestima.com](http://www.monografias.de.autoestima.com)). Consultada 16 de mayo de 2005.

ANEXOS.

ANEXO N° 1
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GENERALES
AÑO 2005

| ACTIVIDADES | MARZO | | | | ABRIL | | | | MAYO | | | | JUNIO | | | | JULIO | | | | AGOSTO | | | | SEPTIEMBRE | | | | OCTUBRE | | | | NOVIEMBRE | | | | DICIEMBRE | | | |
|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|--------|---|---|---|------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|
| | 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 |
| Inscripción del proceso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración del perfil de investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunión con el docente director | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acopio de información y reunión de grupo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coordinación con la dirección de la institución | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| presentación y exposición oral del perfil de investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración del protocolo de investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acopio de información para elaboración del marco teórico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunión de grupo y con el docente director | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunion con asesor de estadística | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación y exposición oral del protocolo de investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ejecucion de la investigacion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboracion del informe final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentacion del informe final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exposicion oral | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ANEXO N° 2
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECIFICAS**

año 2005

| ACTIVIDADES | MES | | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|---|---|--------|---|---|---|------------|---|---|---|
| | JULIO | | | | AGOSTO | | | | SEPTIEMBRE | | | |
| SEMANA | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Presentacion ante las autoridades del ISSS para muestra de plan de trabajo | | | | | | | | | | | | |
| 2. Reunion con pacientes para explicar plan de trabajo y definir horarios de tratamiento | | | | | | | | | | | | |
| 3. Evaluacion de pacientes (Aplicación de test, para diagnostico de autoestima) | | | | | | | | | | | | |
| 4. Entrevista a psicologo y a los pacientes con problemas de autoestima del programa a pensionados del ISSS | | | | | | | | | | | | |
| 5. Aplicacion de tratamiento de terapia ocupacional a pacientes | | | | | | | | | | | | |
| 6. Charlas de orientacion a pacientes y familiares | | | | | | | | | | | | |
| 7. Actividad socio - cultural con pacientes y familiares para cierre de la ejecucion de la investigacion | | | | | | | | | | | | |

ANEXO No 3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCION DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL.



Nombre: _____ Edad: _____

Nivel educativo: _____

OBJETIVO: Evaluar el nivel de autoestima del adulto mayor.

INDICACIONES: Tiene 5 opciones de las cuales al contestar, marque con una “x” la casilla que esta a su derecha; la respuesta según su criterio.

Es importante que comprenda claramente todos los enunciados y que sea totalmente honesto en su calificación. Es esencial que conteste estos enunciados de acuerdo a como realmente se siente o se comporta, en vez de cómo cree que “debe” sentirse o comportarse.

| PRUEBA DE AUTOESTIMA | NUNCA (0) | RARA VEZ (1) | CASI SIEMPRE (2) | LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO (3) | TODO EL TIEMPO (4) |
|---|--------------|-----------------|---------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Siento que nadie es mejor que yo como persona | | | | | |
| Estoy libre de vergüenza, censura y culpa | | | | | |
| No tengo necesidad de probar que soy tan bueno o mejor que otros. | | | | | |
| No tengo una fuerte necesidad de que la gente me preste atención y que me de su aprobación. | | | | | |
| Perder no me afecta ni me hace sentir que soy “menos que” los demás. | | | | | |
| Me siento amoroso y amigable hacia mi mismo. | | | | | |
| Siento que los demás son mejores que yo porque pueden hacer mejor las cosas, porque tienen más dinero o porque son más populares. | | | | | |
| Me siento cómodo con extraños y hago amigos fácilmente | | | | | |
| Mantengo mis propias ideas, gustos y aversiones. | | | | | |
| No me siento herido por las opiniones y actitudes de los demás | | | | | |

| PRUEBA DE AUTOESTIMA | NUNCA (0) | RARA VEZ (1) | CASI SIEMPRE (2) | LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO (3) | TODO EL TIEMPO (4) |
|--|--------------|-----------------|---------------------|----------------------------------|-----------------------|
| No necesito que me elogien para sentirme bien acerca de mi mismo. | | | | | |
| Me siento bien por la buena suerte y los triunfos de los demás. | | | | | |
| No siento que siempre debo complacer a los demás. | | | | | |
| Soy abierto, honrado y no tengo miedo de dejar que la gente vea como soy realmente | | | | | |
| Soy amigable, considerado y generoso hacia los demás. | | | | | |
| No culpo a los demás por mis problemas y errores. | | | | | |
| Disfruto estar solo conmigo mismo | | | | | |
| Acepto cumplidos y regalos sin sentirme incomodo y sin sentir que necesito dar algo a cambio | | | | | |
| Acepto mis errores y derrotas sin sentirme avergonzado o que soy "menos que". | | | | | |
| No siento necesidad de defender lo que pienso, digo o hago. | | | | | |

| PRUEBA DE AUTOESTIMA | NUNCA (0) | RARA VEZ (1) | CASI SIEMPRE (2) | LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO (3) | TODO EL TIEMPO (4) |
|---|--------------|-----------------|---------------------|----------------------------------|-----------------------|
| No necesito que los demás estén de acuerdo conmigo o que digan que estoy en lo correcto. | | | | | |
| No hago alarde sobre mi mismo, sobre lo que he hecho, sobre lo que mi familia tiene o hace. | | | | | |
| TOTALES | | | | | |
| | | | | | |

INTERPRETACIÓN DEL AUTOEXAMEN

En cada columna sume las marcas y multiplique por el número que aparece en la parte superior de esa columna. Por ejemplo, diez marcas en la cuarta fila se multiplican por tres y equivalen a treinta. Anote esa cantidad en el espacio correspondiente. Luego sume los totales de las cinco columnas y anote ese total. Examine, entonces, la interpretación de los resultados con la tabla siguiente.

| | |
|----------|------------------------------|
| 0 - 40 | Autoestima baja no saludable |
| 41 - 60 | Autoestima baja saludable |
| 61 - 90 | Autoestima alta saludable |
| 91 - 100 | Autoestima alta no saludable |

ANEXO N° 4

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCION DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



GUIA DE EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA PACIENTES CON
BAJA AUTOESTIMA

Nombre del paciente: _____ edad__ sexo__

Diagnostico: _____

Dominancia: _____ N° de Expediente: _____

Profesión: _____ Fecha de evaluación: _____

Dirección: _____

Historia Clínica: _____

Sensibilidad:

Superficial: _____

Profunda: _____

Función del Miembro Superior: _____

Prensiones que realiza: _____

Evaluación Funcional:

Traslados que realiza: _____

Actividades de la vida diaria que realiza: _____

Grado de Independencia:

Dependiente: _____ Semidependiente: _____ Independiente: _____

Habilidades: _____

Tolerancia o Resistencia: _____

a) Percepción Visual:

| IMAGEN | CONCEPTO | ESQUEMA CORPORAL |
|--------|----------|------------------|
| | | |

b) Relación Visual:

| ARRIBA | ABAJO | ADELANTE | DETRAS | DERECHA | IZQUIERDA |
|--------|-------|----------|--------|---------|-----------|
| | | | | | |

c) Constancia Perceptual:

| FORMA | COLOR | TAMAÑO |
|-------|-------|--------|
| | | |

d) Coordinación oculo – motriz

Ojo – mano: _____

Ojo – pie: _____

Percepción Auditiva:

Reconoce Sonidos: _____

Dirección: _____

Intensidad: _____

Sentido de propiocepcion: _____

Área cognoscitiva:

Atención: _____

Concentración: _____

Memoria: _____

Juicio: _____

Capacidad de aprendizaje: _____

Tipo de personalidad del paciente: _____

Observaciones: _____

F: _____

ANEXO N° 5

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCION DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE: FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA AL SPICOLOGO QUE ATIENDE A LOS
PACIENTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA A PENSIONADOS DEL ISSS.

OBJETIVO: Conocer la opinión del especialista antes mencionado, respecto a los problemas de autoestima y a la aplicación de Terapia ocupacional como una forma de tratamiento para los pacientes con este diagnostico.

Nombre: _____ edad: _____ sexo: _____

Fecha: _____

1. En que consiste la Autoestima: _____

2. Como define usted la Autoestima Saludable y no Saludable: _____

3. ¿En que consiste un Problema de Autoestima? _____

4. ¿Cómo se origina este problema? _____

5. ¿Cómo afecta a la persona que experimenta este problema? _____

6. ¿Cuál es el pronostico para la recuperación de estas personas? _____

7. ¿Considera a la Terapia Ocupacional como una alternativa de solución a dicho problema? _____

8. ¿Qué beneficios cree usted que obtienen los pacientes con Problemas de Autoestima que reciben Terapia Ocupacional? _____

9. ¿Qué sugerencias brindaría usted a los profesionales en Terapia Ocupacional para el manejo de pacientes con Problemas de Autoestima? _____

ANEXO N° 6

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCION DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
PROBLEMAS DE AUTOESTIMA QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE
PENSIONADOS DEL ISSS.

OBJETIVO: Conocer la opinión que tienen los pacientes con diagnostico de problema de Autoestima respecto a este trastorno y la importancia de recibir un tratamiento de Terapia Ocupacional.

Nombre: _____ edad: _____ sexo: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Fecha: _____ Escala de Autoestima: inicio _____ final _____

1. ¿Con quien vive usted?

Esposa/o _____ Hijos/as _____ Nietos _____

Sobrinos _____ Ahijados _____ otros _____

2. ¿Es usted económicamente independiente?

Si _____ No _____

3. ¿En que actividades invierte su tiempo, a parte de asistir al Programa de Pensionados?

Oficios Domésticos _____ Costurerilla _____ Atender la tienda _____ Actividades de la comunidad _____ Actividades Recreativas _____ Tramitaciones _____ Ninguna _____

4. ¿Qué cambios ha experimentado al pasar de un estado laboralmente activo a ser pensionado?

Tranquilidad _____ Frustración, depresión _____ Descanso _____ Aburrimiento _____ Marginado por la Sociedad _____

5. ¿Sabe usted que es Autoestima? Si _____ NO _____

Si sabe ¿que es?

6. ¿Qué tipos de Autoestima Conoce?

Autoestima Alta _____ Autoestima baja _____

Autoestima saludable _____ Autoestima no saludable _____

No sabe _____

7. ¿Qué entiende por problemas de Autoestima?

8. Según su criterio ¿Cuales son las causas de los problemas de Autoestima?

Sobre peso ____ Jubilación ____ Edad ____

Hipertensión ____ Problemas Familiares ____ No sabe ____

9. Según usted que aspectos de la vida se verían afectados por este problema?

Económico ____ Relaciones Sociales ____ Actividades de la Vida Diaria ____

Confianza ____ Relaciones Familiares ____

10. ¿Sabe usted que es Terapia Ocupacional? Si ____ No ____

Si sabe ¿que es?

11. ¿Considera que el tratamiento de Terapia Ocupacional puede ayudar a mejorar los problemas de Autoestima? Si ____ No ____ ¿Cómo? _____

12. ¿Cuáles cree usted que serian los beneficios que obtendría una persona al recibir tratamiento de Terapia Ocupacional?

Su aspecto personal es mejor _____

Se relaciona mejor con los demás _____

Mayor seguridad en si mismo _____

Ninguno _____

ANEXO No.7

SOLICITUD PRESENTADA A LAS AUTORIDADES DEL INSTITUTO
SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.

San Miguel, 20 de junio de 2005.

Lic. Miguel Angel Morataya
Director de oficinas administrativas
Del ISSS.

Reciba un respetuoso saludo y bendiciones en sus labores diarias; por medio de la presente nosotras egresadas de la carrera de Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional nos dirigimos a usted para solicitar su autorización para llevar a cabo la ejecución de nuestra tesis en el área destinada al programa a pensionados que lleva como título: Influencia de la Terapia Ocupacional en pacientes con problemas de autoestima, entre las edades de 50 a 70 años de edad de ambos sexos, que asisten al Programa a Pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en el período de julio a septiembre de 2005.

En espera de una respuesta favorable.

Atentamente:

Mercedes Yanira Cortez Vásquez

Silvia Marina Quintanilla Martínez

Ileana Carolina Molina Avelar

ANEXO No. 8
MODELO DE CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN ENTREGADO A LOS PACIENTES.

SE OTORGA EL SIGUIENTE CERTIFICADO A:



GRACIELA DE PANIAGUA

POR SU PARTICIPACIÓN EN LA EJECUCIÓN DE TESIS REALIZADA EN EL PERÍODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2005 DENOMINADA:

INFLUENCIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN INTEGRANTES DEL PROGRAMA A PENSIONADOS DEL ISSS.

YANIRA CORTEZ

SILVIA QUINTANILLA

ILEANA MOLINA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN

SAN MIGUEL, 11 DE OCTUBRE DE 2005.

ANEXO No. 9

REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD MANUAL CON MOTIVO DE
INDEPENDENCIA



ANEXO No. 10

ELABORACIÓN Y DECORACIÓN DEL MAPA DE EL SALVADOR.



ANEXO No. 11

ELABORACIÓN DE ARREGLO DE FLORES UTILIZANDO LA TECNICA DE
MIGAJÓN.



ANEXO No. 12

REALIZACIÓN DE BAILE Y GIMNASIA EN EL SALÓN DE USOS
MÚLTIPLES DEL PROGRAMA A PENSIONADOS DEL INSTITUTO
SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.



ANEXO No. 13

REALIZACIÓN DE BAILE Y GIMNASIA EN EL SALÓN DE USOS
MÚLTIPLES DEL PROGRAMA A PENSIONADOS DEL INSTITUTO
SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.



ANEXO No.14

ACTIVIDAD RECREATIVA REALIZADA EN EL TURICENTRO ATECOZOL.



ANEXO No. 15

REALIZACIÓN DE JUEGOS DENTRO DE LA PISCINA DE ATECOZOL.



ANEXO No.16

REALIZACIÓN DE DINÁMICAS EN ATECOZOL.



ANEXO No. 17

ACTIVIDAD DE INTEGRACIÓN GRUPAL TURICENTRO AMAPULAPA.



ANEXO No.18

REALIZACIÓN DE DINÁMICA EN TURICENTRO AMAPULAPA.



ANEXO No. 19

FORMACIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO.



ANEXO No 20

PACIENTES DISFRUTANDO DE LA PISCINA DE AMAPULAPA.



ANEXO No. 21

SALIDA DE LOS PACIENTES DEL CINEMARK.



ANEXO No. 22

MESA DE EXPOSICIÓN DE LOGROS.



ANEXO No. 23

MESA DE EXPOSICIÓN DE LOGROS.



ANEXO No. 24

EXPOSICIÓN DE LOGROS: ENTREGA DE CERTIFICADOS Y PARTICIPACIÓN ARTÍSTICA.

