

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



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

**BENEFICIOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON
DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN DE 60 Y 90 AÑOS DE EDAD INTERNOS EN EL ASILO
SAN ANTONIO-CASA DE LA MISERICORDIA DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL EN EL
PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2010.**

PRESENTADO POR

ANA RUTH GÁMEZ

ROSARIO DE LA PAZ VALENCIA GARCÍA

PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE:

LICENCIADA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

DOCENTE DIRECTOR

LICENCIADA ANA CLARIBEL MOLINA ÁLVAREZ

NOVIEMBRE DE 2010.

SAN MIGUEL,

EL SALVADOR,

CENTROAMERICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

AUTORIDADES.

MAESTRO RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ

RECTOR.

MAESTRO MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS

VICERECTOR ACADEMICO.

MAESTRO OSCAR NOÉ NAVARRETE

VICERECTOR ADMINISTRATIVO.

LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO SÁNCHEZ

SECRETARIO GENERAL.

DOCTOR RENÉ MADACADEL PERLA JIMÉNEZ

FISCAL GENERAL.

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.

AUTORIDADES.

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

DECANA EN FUNCIONES.

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

VICEDECANA EN FUNCIONES.

INGENIERO JORGE ALBERTO RUGAMA RAMÍREZ

SECRETARIO.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

AUTORIDADES.

**DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ
COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**

**LICENCIADA XOCHILH PATRICIA HERRERA CRUZ.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA
OCUPACIONAL.**

**LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO.
COORDINADORA GENERAL DE LOS PROCESOS DE GRADUACION.**

ASESORES.

LICENCIADA ANA CLARIBEL MOLINA ÁLVAREZ.

DOCENTE DIRECTOR.

LICENCIANDA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO.

ASESORA DE METODOLOGIA.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Jehová; por darnos la fuerza necesaria para salir adelante, y sabiduría para lograr nuestras metas; por ayudarnos en los momentos difíciles de nuestra vida.

A nuestros padres; por estar con nosotros y en todos los momentos.

A la Universidad De El Salvador; por abrirnos las puertas del camino hacia al éxito y permitir que culmináramos un logro tan importante de nuestras vida.

A la Psicóloga; Licenciada Karol Denise Martínez Garay por colaborar con nuestra investigación y mostrarnos siempre su apoyo.

Al Asilo San Antonio–Casa de la Misericordia; por permitirnos realizar la investigación en el recinto, dando su apoyo y confianza.

A los pacientes; por haber colaborado y estar dispuestos a realizar las actividades establecidas.

A los docentes asesores; licenciada Ana Claribel Molina Álvarez y La Licenciada Elba Margarita Berríos Castillo, por guiarnos en todo el proceso de la investigación.

A los docentes: a licenciadas Xochilt Patricia Herrera cruz, Dilsia Carolina de Benítez, Ana Claribel Molina Álvarez, Luz Estelí Guevara de Díaz, licenciado Carlos Alexander Díaz, licenciada; por impartirnos sus conocimientos y ayudarnos a lograr nuestra meta.

DEDICATORIA

A **Dios Jehová**; su hijo **Jesucristo** y a La **Virgen María**:

Por darme la vida, una familia a la cual amo sobre todo en este mundo, llenarme de bendiciones y por permitirme conocer las cosas lindas de la vida.

A mi madre:

Lucila Gámez; por todo su amor, atención, sobre todo por su comprensión y apoyo en mis decisiones, por estar siempre conmigo y aceptarme tal como soy. Gracias mami.

A mi hermano:

Oswaldo Gámez; por su amor y acariñó, por ser mi mejor amigo, confidente, por apoyarme siempre y darme ánimos para seguir adelante cuando creí ya no poder.

A mi sobrino:

Jonathan Josué Gámez; por su cariño, oraciones, apoyo y creer en mí.

A mis tíos:

Especialmente a **Juan Santos**; por su apoyo, llevarme en sus oraciones, por su cariño y comprensión.

A mis amigas:

Por estar siempre, por su comprensión y motivarme ayudándome a cumplir mis metas. En especial a **Karol** y **Karla Martínez Garay**, por estar siempre incondicionalmente conmigo, por sus oraciones y cariño.

A mi compañera de tesis:

Rosario de la Paz Valencia García; por ser una persona especial querirme, aceptarme tal como soy, porque hemos pasado momentos felices y otros no muy felices pero siempre juntas y apoyándonos.

Ana Ruth Gámez.

DEDICATORIA

A **Dios Jehová** todo poderoso; a su Hijo **Jesucristo** y al **Espíritu Santo**

Por haberme brindado conocimientos para lograr mis metas y fuerzas para vencer los obstáculos que en el camino se me presentaron. Y por haberme elegido dos ángeles para que cuidaran de mi; Gracias padre celestial por derramar su gracia y colmarme de bendiciones; que la gloria y la honra sea para ti señor ya que reconozco que sin usted nada es posible.

A mi padre:

Eliseo de Jesús Valencia Márquez, por su esfuerzo; sacrificio que ha realizado por darme el estudio, por darme su amor; comprensión y aquellos consejos que fueron de gran ayuda; por la confianza y estar siempre pendiente de mi. Aunque estuviste lejos físicamente tu corazón lo sentí conmigo en todo momento.

A mi madre:

María del Rosario García de Valencia; por llevarme 9 meses en su vientre, por darme cariño, ternura y estar ahí para mí siempre, por sus oraciones, su dedicación y enseñarme un buen ejemplo en mi vida; por guiarme en el camino del bien.

A mi tía:

Rosa Gladis Valencia Márquez; por su apoyo, consejos y por sus oraciones, mostrándome siempre su cariño y aprecio hacia mi persona.

A mi amiga:

Susana Ponce por haber estado a mi lado en los buenos y malos momentos, por animarme a seguir adelante y no darme por vencida, y por su gran ayuda en la realización de la investigación gracias por tu amistad.

A toda **mi familia**

En general por apoyarme en todo momento.

A mi compañera de tesis:

Ana Ruth Gámez por su paciencia, comprensión y ayuda que mostro hacia mí.

A la Psicóloga:

Karol Denise Martínez Garay; por su colaboración en el transcurso de la investigación.

Rosario Valencia.

INDICE

CONTENIDO	Nº DE PAGS
RESUMEN.....	16
INTRODUCCIÓN.....	17
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Antecedentes del fenómeno.....	24
1.2 Enunciado del problema.....	26
1.3 Objetivos de la investigación.....	27
1.3.1 Objetivo general.....	27
1.3.2 Objetivo específico.....	27
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Base teórica.....	29
2.1.1 La vejez.....	29
2.1.2 Depresión.....	35
2.1.3 Terapia Ocupacional en pacientes geriátricos con	

Diagnostico de depresión.....	41
2.2 Definición de términos básicos.....	58

CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPOTESIS

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.

3.1 Hipótesis de trabajo.....	62
3.2 Hipótesis nula.....	62
3.5 Operacionalización de las hipótesis.....	63

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLOGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 Tipo de investigación.....	65
4.2 Población.....	66
4.3 Muestra.....	66
4.4 Tipo de muestreo.....	67
4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	68
4.6 Instrumentos.....	68
4.7 Materiales.....	69
4.8 Procedimiento.....	69

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

5.presentation de los resultados.....	73
5.1 Tabulación, análisis e Interpretación de los resultados de la distribución de la población por sexo y edad.....	75
5.2 Tabulación, Análisis e Interpretación de los resultados de la Escala de Hamilton.....	77
5.3 Tabulación, Análisis e Interpretación de los resultados de la hoja de evaluación de Terapia Ocupacional de la muestra.....	79
5.4 Tabulación, Análisis e Interpretación de los resultados de la guía para la observación del comportamiento Ocupacional.....	88
5.5 Prueba de Hipótesis.....	108

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones.....	113
6.2 Recomendaciones.....	116

BIBLIOGRAFÍA.....	118
--------------------------	------------

ANEXOS.....	120
1. Cronograma de actividades generales.....	121
2. Cronograma de actividades específicas.....	122
3. Escala de Hamilton dirigida a los pacientes con depresión.....	123
4. Evaluación de Terapia Ocupacional orientada a la población objeto de Estudio.....	129
5. Guía de observación y comportamiento a los pacientes.....	132
6. Fotografías de evaluación psicológica y población en estudio.....	136
7. Fotografías de Evaluación Terapia Ocupacional.....	137
8. Fotografías de enseñanza de Terapia Ocupacional.....	138
7. Fotografías de actividades de Terapia Ocupacional realizadas Durante la ejecución de tesis.....	139

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el **objetivo** de conocer los beneficios que proporciona la Terapia Ocupacional a pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión de 60 a 90 años de edad internados en el asilo San Antonio de la ciudad en el periodo de julio a septiembre de 2010. **Metodología:** El trabajo fue prospectivo; transversal y descriptivo. La población estuvo constituida por 115 pacientes, la muestra fue seleccionada por los criterios de inclusión, el tipo de muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, seleccionándose 12 pacientes de los cuales 9 son del sexo femenino y 3 del sexo masculino. Las técnicas e instrumentos utilizados fueron: escala de Hamilton para la calificación de la depresión, evaluación de Terapia Ocupacional, guía de observación del comportamiento Ocupacional. Es así, ya que los niveles de depresión disminuyeron dando en estos una sensación de bienestar. **Resultados:** se observó mejoría en las actividades diarias con un porcentaje de 100% en alimentación, área perceptiva. En prensiones gruesas con un 100%, en el área cognitiva con un 67% en atención, concentración, juicio y capacidad de aprendizaje; en apariencia general un 100%, comportamiento físico un 100%; actitud del paciente hacia el terapeuta con un 100%; área social 100%; estado emocional 100%, por tal motivo se comprobó la hipótesis que demuestra que la Terapia Ocupacional beneficia el estado físico y psicológico de los pacientes geriátricos.

Palabras claves: Terapia Ocupacional, Depresión, Vejez, Tristeza, actividades diarias.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso intrínseco progresivo, universal, condicionado por factores raciales hereditarios, ambientales, es multifactorial, no sigue una ley única que lo explique y su característica fundamental es el deterioro del rendimiento funcional que se traduce en una lentitud e incluso imposibilidad de adaptarse a diversas situaciones.

En el proceso de envejecimiento surgen padecimientos en los cuales la persona tiene sentimientos de tristeza, desmotivación y pérdida de la autoestima siendo estos signos principales de la depresión.

La depresión es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado.

Este uno de los mayores padecimientos de nuestro tiempo. Millones de personas en el mundo, sin importar razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad que aparece cuando se siente que la vida no está de acuerdo a las expectativas y toma el camino de la resignación y el desánimo sin poder encontrar ninguna otra salida.

La depresión es persistente, dura de semanas a más tiempo, puede ser incapacitantes, e interfiere con las emociones, sentimientos, auto concepto, actividades sociales, interpersonales, pérdida de interés en los asuntos habituales de la vida y del cuidado personal.

Actualmente existen muchas personas en edad adulta que sufren de depresión, debido a diversos factores psicológicos, neurológicos y sociales que afectan al individuo desde muchos años atrás, debido al alto número de

personas afectadas se trato de demostrar en la investigación que al implementar adecuadamente la terapia ocupacional se proporciono al paciente un buen estado de salud mental, emocional y físico.

Se le atribuye erróneamente al uso de la Terapia Ocupacional como un instrumento de juego y de realizar actividades sin ningún propósito, siendo esta una idea equivocada de dicho término ya que la Terapia Ocupacional tiene como objetivo lograr la estimulación de las funciones físicas, actividades de la vida diaria, psíquicas y sociales que se hayan perdido parcial o totalmente, así como lograr el esparcimiento y mejorar el estado ánimo de la persona con depresión.

Desde que fue detectada la depresión a nivel mundial se fueron creando diferentes tratamientos para ayudar a mejorar las condiciones de vida y los estados de ánimo de las personas que padecen dicho trastorno.

Es así, que surgió la inquietud de investigar la Terapia Ocupacional: como un instrumento para mejorar la calidad de vida.

Logrando la máxima independencia del individuo en sus actividades diarias: alimentación, aseo personal, higiene oral, baño, vestuario, higiene para defecar, movilidad funcional, actividades educativas.

Los centros de atención de adultos mayores o de asistencia social se encuentran en todo el mundo, aunque en los países latinoamericanos por el alto índice de pobreza y la falta de recursos humanos capacitados, hace que haya menos instituciones que brinden apoyo y atención a estas personas.

En El Salvador, especialmente en San Miguel se encuentra el Asilo San Antonio-Casa de la Misericordia de la ciudad de San Miguel, creado hace más de 6 décadas por Monseñor Víctor Basilio Plantier, con el objeto de dar apoyo,

atención y protección a los más necesitados, actualmente está dirigido por la directora: Sor Bartola Genoveva Jac Gómez, Asistente: Sor Miriam Márquez.

Este, cuenta con un total de 115 ancianos que padecen diferentes trastornos o patologías entre ellas está la depresión, por lo que es necesario, implementar la terapia ocupacional para verificar los beneficios que esta traería a los internos de dicho centro.

De dicho estudio se obtuvo el documento de investigación el cual es de:

En primer lugar a los pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión internos en el asilo San Antonio Casa de la Misericordia de la ciudad de San Miguel ya que permitió obtener por medio de dicha terapia, mejoras en las funciones ocupacionales, físicas y psicológicas del objeto en estudio.

En segundo lugar a la institución y a los empleados y colaboradores del recinto debido a que los pacientes internos mejoraron sus funciones ocupacionales, conducta y estado de ánimo y así ellos sabrán manejarlos en diferentes circunstancias.

En tercer lugar la familia de algunos internos en el albergue de ancianos ya que verán avances en el comportamiento ocupacional, social y anímico de sus familiares.

En cuarto lugar a el equipo de investigación ya que permitió verificar los beneficios que la terapia ocupacional brindo a los pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión y a obtener un nuevo conocimiento.

En quinto lugar a los profesionales en Fisioterapia y Terapia Ocupacional debido a que otra importancia al investigar el tema está relacionado al hecho de proporcionar un nuevo documento de los beneficios que la Terapia Ocupacional trae a los pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión.

Así como a los futuros profesionales y público en general que deseen indagar sobre esta fuente de información ya que les servirá como guía o consulta.

En el presente trabajo de investigación se expone los resultados de la ejecución del estudio sobre: **los beneficios de la terapia ocupacional en pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión de 60 a 90 años de edad internos en el asilo San Antonio, Casa de la Misericordia de la Ciudad de San Miguel en un periodo comprendido de julio a septiembre de 2010**, el cual se ha estructurado en seis capítulos que se describen a continuación.

El capítulo I: consta del Planteamiento del Problema: en el cual se propone los diferentes aspectos de el envejecimiento (Biológico, Psicológico y Sociológico) que es una ley de la vida que ningún ser vivo puede evitar donde ocurre un proceso irreversible que degenera el organismo dando como consecuencia el apareamiento de una variedad de patologías las que conllevan a problemas físicos emocionales intelectuales y cognitivos siendo uno de estos la depresión esta no es más que una enfermedad mental que altera los sentimientos y pensamientos de forma intensa. También se habla de la Terapia Ocupacional como una modalidad en el diagnóstico. Luego incluye el enunciado del problema, el cual fue abordado en forma de interrogante que permitirá conocer el beneficio del estudio. Finalmente se encuentran los Objetivos de la Investigación tanto el objetivo general como los objetivos específicos que sirvieron de guía en el proceso de la investigación.

El capítulo II: Contiene el Marco Teórico: En él se presenta la base teórica que sustenta la investigación definiendo en qué consiste la depresión, su clasificación, tipos, sus signos, síntomas, causas y factores de riesgo, el tratamiento de terapia Ocupacional con su respetiva teoría y modalidades a

utilizar completándose con la definición de términos básicos que guiara al lector para una mejor comprensión de la investigación.

Capítulo III: Detalla el Sistema de Hipótesis que se divide en: Hipótesis de trabajo donde se da una respuesta tentativa de la solución del problema. Y la Hipótesis nula que es la respuesta negativa al problema de investigación. Finalmente la operacionalización de las hipótesis en variables que son la base para la elaboración de los instrumentos y para la obtención de datos.

El capítulo IV: Se encuentra el Diseño Metodológico: el cual conlleva un procedimiento ordenado que establece hacia a donde estuvo encaminado el objetivo de investigación, este consiste en el tipo de investigación utilizada la cual fue prospectiva y transversal, la población fue compuesta por 12 pacientes del asilo san Antonio-casa de la misericordia de ambos sexo, la muestra, obtención de muestro, las técnicas de obtención de datos, los instrumentos, materiales utilizados en la investigación y el procedimiento .

En el capítulo V: Se presentan los resultados, la tabulación, análisis e interpretación de los datos obtenidos a través de la escala de Hamilton para la calificación de la depresión utilizada al inicio y al final de el tratamiento, así como la guía de evaluación de Terapia Ocupacional y la guía del comportamiento ocupacional, reflejando los resultados en los cuadros con sus respectivas graficas. Comprobándose así la hipótesis de trabajo planteada.

El capítulo VI: Contiene las conclusiones y recomendaciones a las que como grupo investigador se llegó, donde se concreta los resultados teóricos y prácticos obtenidos durante la investigación.

Posteriormente se muestra la bibliografía donde se presentan detalladamente los libros, tesis y direcciones electrónicas consultadas.

Para finalizar se encuentran los anexos en el cual se expone el cronograma de actividades generales a desarrollar durante el proceso de investigación; el cronograma de actividades específicas a ejecutar durante el tratamiento a pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión, las imágenes donde se realizó la ejecución de las actividades de Terapia Ocupacional.

CAPÍTULO I.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA OBJETO DE ESTUDIO.

El envejecimiento parece obedecer a una ley invariable de la naturaleza. Es un proceso que ningún organismo vivo puede evitar.

Según Langarica Salazar (1985) la ancianidad es una sucesión de modificación morfológica, fisiológica y psicológica, de carácter irreversible que se presenta antes de que las modificaciones externas den al individuo aspectos de anciano.

La vejez es una etapa de la vida ya que es un ciclo que no se puede detener, pero si se puede saber llevar en relación a su estilo de vida.

En la ancianidad ocurren cambios graduales degenerativos de lento desgaste que ocasionan diversos trastornos entre ellos la depresión la cual puede ser ocasionada por una serie de factores de diversa índole que pueden favorecer la aparición de este trastorno. Entre ellos se encuentran: presencia de enfermedades, disminución de la capacidad económica, pérdida de un ser querido, abandono por su familia en alguna institución que brinda asilo o caridad.

La depresión es conocida en sus inicios con el nombre de melancolía (del griego clásico μέλας, "negro" y χολή, "bilis"), la depresión aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la antigüedad. El origen del término se encuentra de hecho, en Hipócrates, aunque hasta el año

1725, el británico sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. 1

Su alta prevalencia y su relación con la esfera emocional la han convertido, a lo largo de la historia, en frecuente recurso artístico e incluso en bandera de movimientos culturales como el romanismo.

La gravedad de la depresión varía de un individuo a otro, por lo que es recomendable dar un tratamiento médico (farmacológico), psicológico, y de Terapia Ocupacional implementándola tanto individual como en grupo con sus respectivas modalidades: actividades manuales, recreativas, actividades de la vida diaria adecuadas en el momento de la aparición de este, para aminorar los problemas que la persona presente.

Estos tratamientos pueden realizarse en el hogar, en una institución o en un nosocomio por un profesional o asistente calificado.

Las personas en edad geriátrica que padecen algún tipo de depresión son consideradas por la sociedad, amigos y familiares como antisociales y negativos por lo cual tiende a aislarlos y no estimularlos a las funciones vitales y cotidianas de la vida.

La mayoría de pacientes geriátricos internos en instituciones públicas o privadas ya sea asilos, hospitales o casas de caridad, centros de atención de adultos mayores, son privados de amor, comprensión y apoyo por parte de sus familiares cercanos; por lo que tienden a sentirse rechazados y caen en depresión.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

De la problemática antes descrita se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuáles son los beneficios al implementar la terapia ocupacional en pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión de 60 y 90 años de edad internos en asilo San Antonio Casa de la Misericordia de la ciudad de San Miguel en el periodo comprendido de julio a septiembre de 2010?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los beneficios de la Terapia Ocupacional al aplicarla en pacientes geriátricos con diagnósticos de depresión de 60 y 90 años de edad internos en el asilo San Antonio-Casa de la Misericordia de la ciudad de San Miguel un periodo comprendido de julio a septiembre de 2010.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar qué actividades de la vida diaria se ven afectadas en los pacientes con depresión y demostrar la efectividad de la Terapia Ocupacional de la población en estudio.

- Establecer de que manera la Terapia Ocupacional ayuda a estimular el área perceptiva y cognitiva de los pacientes en estudio.

- Identificar si la terapia ocupacional mejora el desempeño ocupacional y las destrezas motoras de los pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión.

- Verificar la efectividad de la Terapia Ocupacional en el estado emocional y socialización de la población en investigación.

CAPÍTULO II
MARCO TEORICO.

2. MARCO TEORICO.

2.1. BASE TEORICA.

La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida.

2.1.1 LA VEJEZ.

Desde el mismo momento de nacer se inicia un proceso que presenta una serie de modificaciones orgánicas y funcionales estas se manifiestan gradualmente a lo largo de la vida, y con variaciones en su aparición, según el medio ambiente en el que se desarrolla el individuo y sus condiciones y calidad de vida.

Los gerontólogos definen el proceso del envejecimiento en función de tres fenómenos distintos: la capacidad biológica para la supervivencia, la capacidad psicológica para la adaptación y la capacidad sociológica para la satisfacción de los roles sociales. Estos enfoques del estudio del envejecimiento se conocen como tripartición gerontológica.

En consecuencia existen amplias variaciones en envejecimiento biológico, psicológico y social que solo tienen una relación global con la edad cronológica entonces es mejor conceptualizar la edad en función de la salud y los desafíos psicológicos y sociológicos diversos de la persona y no por la edad cronológica.

ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO

Se refiere a la condición del organismo biológico con respecto a su expectativa potencial de vida y está relacionado estrechamente con la salud física. Los cambios físicos que ocurren con el envejecimiento son una continuación de la declinación que la mayoría de los investigadores concuerdan en que comienza tan pronto como se alcanza la madurez física, aproximadamente de 18 a 22 años. No obstante uno de los cambios más observados frecuentemente es una menor capacidad para mantener o recuperar la homeostasis.

En concordancia, el envejecimiento biológico produce mayor vulnerabilidad. Primero debe destacarse que los cambios biológicos ocurren en diferentes épocas y a diferentes ritmos en diferentes órganos, tejidos y células, en individuos diferentes estos cambios ocurren en diferentes épocas y a diferentes ritmos. El envejecimiento biológico ocurre naturalmente en los órganos del cuerpo.

Habiendo considerado estos aspectos se resumen algunos de los principales cambios biológicos asociados con el envejecimiento:

1. Los cambios relacionados con la edad en los sistemas sensoriales son los siguientes:
 - Visión
 - Audición
 - Gusto y olfato.

2. Los cambios relacionados con la edad en los sistemas orgánicos son los siguientes:

- Estructura muscular
- Sistema esquelético
- Sistema cardiovascular
- Sistema respiratorio
- Sistemas excretores
- Vesícula/hígado.

EL ENVEJECIMIENTO PSICOLOGICO

Se refiere a la habilidad de una persona para adaptarse a los ambientes cambiantes; se refleja principalmente en las destrezas intelectuales y el bienestar emocional de una persona con respecto a las destrezas intelectuales la relación entre edad e inteligencia es insignificante.

La memoria, en particular la memoria a corto plazo y la memoria reciente, sufre cierta declinación con la edad, pero las personas que ejercitan sus memorias pueden mantener tanto la memoria remota como la reciente hasta una edad avanzada. Finalmente, aunque los ancianos muchas veces necesitan un periodo más prolongado para aprender algo, cuando dedican más tiempo, aprenden como las persona más jóvenes.

Al mismo tiempo, la vejez proporciona algunas oportunidades para el crecimiento y la expansión psicológica. Los ancianos pueden llegar a aceptar y comprender mejor tanto a sí mismos como a los otros a medida que envejecen. Este reconocimiento es la clave para el desarrollo de una cantidad de estrategias de intervención utilizadas con las persona ancianas disfuncionales.

El desarrollo psicológico maduro se refleja en una persona autónoma que puede valorarse mientras logra proximidad y relación con los otros, que puede mirar de forma realista los éxitos y los fracasos y que siente que su vida ha sido útil y que ha logrado un sentido de paz con la perspectiva de la muerte.

El individuo que envejece esta siempre aprendiendo, siempre adaptándose y siempre desarrollándose.

ENVEJECIMIENTO SOCIOLOGICO

Es una interacción dinámica entre los individuos y la sociedad. Se produce cuando los roles y las funciones de una persona cambian en la sociedad. Se refiere a los roles específicos de la edad; los roles son las estructuras sociales a través de las cuales las personas tienen oportunidades de hacer contribuciones a la sociedad. Las esferas institucionales de la sociedad proporcionan oportunidades de desempeñar roles: los sistemas económicos, Religioso, Educativo, y familiar.

Además todas las sociedades utilizan sistemas de degradación de la edad para definir y clasificar quien es joven, de edad mediana y viejo.

Esto sirve para crear patrones de comportamiento e interacción social predecibles relacionados con la edad. La expresión que se oye a menudo de “representa la propia Edad” significa precisamente conformarse con los roles específicos de la edad.

Aunque como se explicaba antes, la edad cronológica es un indicador especialmente malo de las del envejecimiento para los individuos porque cuanto más envejece el grupo de individuos, más distintos se vuelven en términos de habilidades. En la sociedad pueden ser atribuidos a las injusticias de un sistema

arbitrario que implica que todas las características mayores de 65 años son viejos en términos físicos y mentales.

Rosow plantea el problema de otra forma: Las personas ancianas tienen dos tipos de problemas: el que realmente tienen y el que las otras personas piensan que tienen. Un efecto íntimamente relacionado con las actitudes hacia el envejecimiento son las restricciones de roles que nuestra sociedad impone a una persona anciana.

Nuestra sociedad desvaloriza a los ancianos y los considera no productivos y no contribuyentes. En consecuencia, los ancianos tienen pocas oportunidades de desempeñar roles y no se les da la prerrogativa de seleccionar nuevos roles, incluso cuando son física y mentalmente capaces de cumplirlos.

En la sociedad, el rol de la edad de los ancianos ha sido caracterizado muchas veces como rol sin rol, significativo de que se esperan y se proporcionan pocos roles o ninguno en los ancianos que les permitan hacer contribuciones importantes.

Tal vez uno de los ejemplos más significativos de estas restricciones es la jubilación obligatoria. Conceptualmente, la jubilación obligatoria es una forma de discriminación por edad porque impone la jubilación puramente sobre la base de la edad.

Es evidente que el proceso de envejecimiento social está cargado de privaciones excesivas y desafíos importantes; esto no quiere decir que los ancianos no hayan podido encontrar formas para afrontar las dificultades.

De hecho adaptarse satisfactoriamente a la vejez es la regla y no la excepción. La investigación en esta área revela que existen dos variables

básicas para conservar una moral elevada es un sentimiento de satisfacción en la vida: salud y actividad significativa.

El envejecimiento, entonces no carece de dificultades, pero también existen características compensatorias.

Por tal motivo los gerontólogos utilizan estas tres clasificaciones para los tipos de envejecimiento normales en el ser humano

La ancianidad no es homogénea en todos los seres de la misma edad. Hay personas en quienes se manifiesta claramente en edades relativamente tempranas y por lo tanto prematuras. Otros llegan a edades muy avanzadas sin presentar signos evidentes de deterioro físico o mental.

Las personas ancianas viven en un contexto social diferente de otros grupos etarios, existen muchos estereotipos de ancianidad; el término para esta estero tipificación sobre la base de la edad es el prejuicio sobre los ancianos que con mayor frecuencia es negativo que positivo.

Los pacientes geriátricos suelen estar caracterizados por múltiples problemas en muchas áreas de la vida. Los problemas de salud física pueden estar acompañados por problemas de salud mental y estos pueden estar acompañados por factores sociales, como aislamiento, inseguridad financiera e incapacidad para vivir de forma independiente.

El límite cronológico del periodo de la senectud inicia a los 65 años y finaliza hasta que la persona fallece.

El envejecimiento no se presenta de un momento a otro, si no que es un proceso progresivo propio de toda entidad biológica. La ancianidad exitosa es aquella que está basada en el mantenimiento de las funciones vitales de la vida lo más prolongado posible, para conservar un estado físico saludable.

Uno de los aspectos más notorios de la vejez es la soledad progresiva en la que se van sumiendo los ancianos, que en parte pueden ser debido a: el aislamiento producido por sus achaques físicos pero uno de los principales factores es la muerte de amigos y familiares así como el abandono de sus familiares y seres queridos

2.1.2 DEPRESION

La depresión es una enfermedad mental que altera de forma intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es la tristeza, decaimiento, sensación de ser incapaz de afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras.

Esta es una entidad persistente, aunque no necesariamente permanente que deteriora las funciones intelectuales en forma suficiente importante como para interrumpir con la actividad social y ocupacional del individuo.

En el anciano la depresión puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad.

La depresión acompaña regularmente a la enfermedad orgánica grave y puede considerarse una respuesta normal a las desventuras de la vida. No obstante, así como la ansiedad patológica puede compararse con el miedo realista.

NIVELES DE DEPRESIÓN

Depresión Leve: Se presentan en personas con poco autoestima y que se abruma fácilmente por el estrés del momento. No se sabe con certeza si esta presenta una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad. También se presentan en personas que pasan por un duelo de tipo emocional, de separación, o por la presencia de una enfermedad corta o de larga duración.

Depresión moderada: Incluye síntomas crónicos(a largo plazo que no incapacitan tanto, pero interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida).

Depresión grave: Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir solo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

TIPOS PRINCIPALES DE DEPRESIÓN:

EL TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE

Se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad.

Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

EL TRASTORNO DISTÍMICO

Se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas.

DEPRESIÓN PSICÓTICA

Es cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

DEPRESIÓN POS-PARTO

Se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.

EL TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL

Se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses festivos, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano y aparece en invierno o en fechas festivas.

El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz.

CAUSAS DE LA DEPRESION:

- Antecedentes familiares: En algunas personas puede haber una predisposición genética.
- Las mujeres sufren con mayor frecuencia depresiones que los hombres.
- En algunos casos, es desencadenada por situaciones personales, cambios o circunstancias estresantes en el trabajo (paro, cambio de trabajo, pérdida de trabajo), divorcio, jubilación, por la pérdida de un ser querido o de bienes, o con cambios repentinos de formas de vida (pérdidas económicas, pobres).
- Algunas mujeres la presentan tras el parto por cambios hormonales. Es la denominada depresión posparto.
- A veces una enfermedad física (cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas, Parkinson, trastornos de la alimentación, trombosis, Alzheimer...) o la toma de ciertos medicamentos, hacen que aparezca.

- El consumo de alcohol y de drogas favorece la aparición de depresiones.
- En algunas fechas y estaciones todos los años, especialmente en zonas con gran diferencia de luz entre verano e invierno.

SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN:

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío.
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia.
- Irritabilidad, inquietud.
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales.
- Fatiga y falta de energía.
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado.
- Comer excesivamente o perder el apetito.
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio.
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

PRONOSTICO.

El pronóstico dependerá del tipo de depresión y de las circunstancias concretas de cada paciente. En términos estadísticos, entre el 70 y el 80% de las depresiones ceden tras varias semanas de diferentes tratamientos.

La duración de un episodio depresivo sin tratamiento tiende a ser prolongado y en un promedio mayor de seis meses.

El diagnóstico del estado depresivo es más confiable, y por ende el tratamiento, en aquellos pacientes atendidos por personal con experiencia en centros especializados.

El pronóstico de un episodio depresivo en pacientes adultos mayores guarda relación con factores constitucionales y ambientales que varían de un estudio a otro y mejoran más efectivamente aquellos que reciben un tratamiento apropiado. ¹

INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN

La Depresión es una de las enfermedades mentales más comunes, afectando en la actualidad a 340 millones de personas en todo el mundo. A pesar de que la depresión permanece a menudo como una enfermedad no detectada y/o diagnosticada en sus dimensiones reales, se calcula que entre un 2 y un 4 % de la población general padece este tipo de trastorno.

La depresión es una enfermedad incapacitante; ocurre tanto en mujeres como en varones, pero la tasa de incidencia en la mujer es casi el doble que en el hombre actualmente, se siguen realizando estudios para investigar si las características particulares de la mujer como: factores biológicos, ciclo de vida, aspectos psicosociales, pueden ser causas de la alta incidencia de depresión en las mujeres ²

¹ http://editorial.unab.edu.co/revistas/medunab/pdfs/r412_rt_c2.pdf

² Philip, solomon. Manual de psiquiatría. Pág. 37

En el caso de los ancianos, se estima que entre 10 y 15 por ciento tienen sintomatología depresiva.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Al tratar de diagnosticar una persona con depresión, regularmente hay errores por exceso; haciendo que el diagnóstico subjetivo sea frecuentemente para un grupo de personas que pertenecen a otro síndrome clínico como el trastorno de ansiedad, estos acuden al médico alegando padecer depresión cuando en realidad padecen una neurosis de angustia.

Otros casos sucede que se pasa por alto los síntomas del trastorno o estos vienen enmascarados dando diagnósticos erróneos.

2.1.3 TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN

HISTORIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Un médico francés philippe Pinel, fue reconocido como el primero que rompió las cadenas que aprisionaban a los enfermos mentales. En 1793 estableció prácticas que condujeron a un sistema más humano para el tratamiento de las personas con trastornos mentales.

Samuel Tuke, un cuáquero inglés; fue el responsable de popularizar un sistema terapéutico llamado tratamiento moral, el cual afirmaba que las enfermedades mentales eran curables. En lugar de sujetar a los enfermos los soltaba y los vestía, como lo había hecho Pinel. Tuke agregó la idea de

estimular a los pacientes a aprender autocontrol y empleando ayudantes los inicio, en diversas ocupaciones o distracciones a adaptadas a diferentes pacientes.

Thomas Scattergood, un ministro cuáquero visito el retiro y regreso con el concepto de “ocupación y no sujeción”.

El primer medico que utilizo el concepto de tratamiento moral y ocupación en los Estados Unidos fue Benjamín Rush. El también creía que “el hombre estaba hecho para ser activo”, recomendaba el ejercicio, el trabajo y la música como parte del tratamiento de la enfermedad mental.

El valor concreto de la ocupación es: su poder para alejar la atención del paciente de la discapacidad, lo que en sí mismo a menudo constituye una cura real.

Por último otro precursor de la Terapia Ocupacional fue Louis Haas; fue maestro de oficios contratado por el Hospital Bloomingdale en 1915, donde permaneció a lo largo de su carrera profesional.

Escribió extensamente acerca de la utilización de las artes y oficios con propósitos terapéuticos y defendió con argumentos muy validos el rol de los hombres como Terapeutas Ocupacionales. Que se utilizo durante muchos años para enseñar a estos la practica con personas con trastornos mentales.

En 1914, dos personas comienzan a intercambia correspondencia acerca de la fundación de una organización de personas interesadas en “Trabajo Ocupacional”, nombre el que se conoció originalmente a la Terapia Ocupacional. El iniciador fue George Edward, AIA (American Institute Of Archictecture), el receptor Dr. William Rush Dunton jr. (Dunton, 1926).

En 1914, comenzó a utilizar el término “Terapia Ocupacional” en lugar de trabajo ocupacional (Barton, 1915; Dunton, 1913). El término se impuso rápidamente.

Los miembros fundadores de la organización, que se conoció como la Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional (National Society for the Promotion of Occupational Therapy: NSPOT o N-SPOT). La fecha fue del 15 a 17 de marzo de 1917 en Clifton Springs, New York. los miembros fundadores fueron Barton, Dunton, Eleanor Clark Slagle, Susan Johnson, Thomas Bissel Kidner e Isabel G. Newton, Secretaria de Barton y más tarde su esposa (Dunton, 1946).

Thomas Bissell Kidner fue el arquitecto inglés, que fue enviado a Canadá en 1900 para asistir en el desarrollo de la educación manual en las escuelas elementales. Esta consistía a menudo a la utilización de las artes y los oficios para desarrollar las destrezas manuales que, según suponía los educadores, conducían a las destrezas ocupacionales. (Dunton 1932).

Como muchos empleos requerían aun trabajo manual, las destrezas manuales se consideraban una parte esencial del curriculum educativo. En 1916, Kidner fue invitado a trabajar como secretario vacacional para ayudar a los soldados Canadienses que habían combatido en la primera guerra mundial, a recuperar las destrezas laborales útiles tras curar las heridas de guerra.

Kidner, fue invitado a Estados Unidos para unirse a la sección de rehabilitación de la Junta Federal de Educación Vocacional, que fue subvencionada para proporcionar educación y entrenamiento vocacional a los soldados que regresaban del frente.

Joel Goldthwait, un cirujano ortopédico de Boston y cuñado de Dr. Hall, estudiaba los métodos utilizados por los aliados de Europa y Canadá para ayudar a los soldados a recuperar sus heridas de guerra.

Consideró, la utilización de talleres curativos, en los cuales se proporcionaban ocupaciones a los hombres para mantener la salud física y mental general o para recuperar en uso de una parte particular del cuerpo, como la muñeca y la mano.

Basándose en las recomendaciones de Goldthwait y otros se presentaron diferentes planes a Secretaria de Guerra en relación con uso de apoyo médico y de profesores para ayudar a la recuperación de heridos (Futuro de los Soldados Discapacitados, 1917).

Finalmente, en marzo de 1918, se realizó un llamamiento para mujeres auxiliares de recuperación mediante Terapia Ocupacional (Sanderson, 1918; Haggerty, 1918). El propósito de los auxiliares fue:

Acelerar la recuperación de los pacientes promoviendo el contento y creando una atmosfera hospitalaria más placentera durante el tiempo de convalecencia, ocupando las manos y las mentes de los pacientes en objetivos provechosos (Hospital Designado para la recuperación ,1928).

Los auxiliares trataron a personas cuyo diagnostico eran: amputaciones, ceguera, lesiones craneanas y neurológicas, osteomielitis, tuberculosis, neurastenia, hipocondría, histeria, neurosis de ansiedad, neurosis de anticipación, síndrome de esfuerzo, agotamiento, pánico a los gases, trastornos de estrés y síndrome de concusión (Hoppin, 1913).

El esfuerzo de la guerra resulto positivo para la Terapia Ocupacional.

Baldwin, inmediatamente comenzó a organizar el departamento de Terapia Ocupacional y los talleres curativos. Se interesaba sobre todo en desarrollar una prescripción individual para los problemas de cada paciente y en registrar los progresos que estos realizaban en el uso de sus brazos y piernas con mediciones sistémicas del incremento en su arco de movimiento y en su fuerza muscular.

Su objetivo de registrar regularmente los progresos de cada paciente no puede ser menospreciado.

También en 1947, los Terapeutas Ocupacionales lograron por fin el estatus militar. Este reconocimiento proporciono otras oportunidades para la obtención de apoyo financiero del gobierno federal para la educación del personal dedicado a la Terapia Ocupacional y proporciono un importante entrenamiento a los miembros de la Asociación Norteamericana de Terapia Ocupacional (American occupational Therapy Association: AOTA).

TERAPIA OCUPACIONAL.

Es el arte y la ciencia de contribuir con las personas a realizar las actividades de la vida diaria que sean importantes para su salud y bienestar a través de la participación en ocupaciones significativas.

Es una disciplina cuyo objetivo es la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación, fomentando la capacidad funcional de las personas para

participar en las actividades de la vida diaria, educación, trabajo, juego, esparcimiento u ocio. ³

También es la utilización terapéutica de las actividades de auto cuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.

AREAS DEL DESMPÑO FUNCIONAL:

1. Actividades de la vida diaria: arreglo personal, higiene oral, baño, higiene para orinar y defecar, vestido, alimentarse y comer, rutina de medicamentos, socialización, comunicación funcional, movilidad funcional, expresión sexual.
2. Actividades de trabajo: manejo del hogar (cuidado de la ropa, limpieza, preparación de comida y limpieza, compras, manejo de dinero, cuidado de la casa, procedimientos de seguridad), cuidado de otros, actividades educativas, actividades vocacionales (exploración vocacional, adquisición de empleo, desempeño en el trabajo o el empleo y planificación de la jubilación).
3. Actividades de juego y esparcimiento: exploración del juego o esparcimiento, desempeño del juego o esparcimiento.

³ <http://www.reddeamor.org/informacion-util/glosario-de-terminos>

COMPONENTES DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL:

- 1) Componentes sensorio motor: integración sensorial (conocimiento sensorial, procesamiento sensorial y destrezas perceptuales), neuro muscular (reflejos, intervalo de movimiento, tono muscular, resistencia, control postural e integridad de los tejidos blandos) y motor (tolerancia a la actividad, coordinación motora gruesa, cruce de la línea media, lateralidad, integración bilateral, praxis, coordinación motora fina/destreza, integración viso-motora y control motor oral).
- 2) Componentes cognitivos e integración cognitiva: nivel de excitación, orientación, reconocimiento, campo de atención, memoria, realización de secuencia, categorización, formación de conceptos, operaciones intelectuales en el espacio, solución de problemas, generalización del aprendizaje, integración del aprendizaje y síntesis del aprendizaje.
- 3) Componentes psicológicos y destrezas psicosociales: psicológicos (roles, valores, intereses, iniciación de la actividad, culminación de la actividad y concepto de sí mismo); social (conducta social, conversación y expresión de sí mismo); y manejo de sí mismo (destrezas para afrontar situaciones, manejo del tiempo y control de sí mismo).

EVALUACION DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL:

Lawton y Brody, separaron las actividades diarias en dos categorías- actividades de auto mantenimiento y actividades instrumentales de la vida diaria. Las actividades de auto mantenimiento son las actividades básicas de

cuidados personales como baño, vestido y hábitos de esfínteres. Las actividades instrumentales son las tareas que se consideran jerárquicamente más complejas, como uso del teléfono, preparación de las comidas y manejo de las medicaciones.

La Terapia Ocupacional en los adultos, tienen una doble finalidad: contribuir al desarrollo de las habilidades y estado físico de los individuos involucrados en los procesos de aprendizaje y lograr una atmósfera creativa en una comunión de objetivos, para convertirse en instrumentos eficientes en el desarrollo de procesos de aprendizaje, que conllevan a la productividad del equipo y en un entorno gratificante para los participantes.

Es la atmósfera que envuelve el ambiente del aprendizaje que se genera específicamente entre facilitadores y participantes, de esta manera es que en estos espacios se presentan diversas situaciones de manera espontánea, las cuales generan satisfacción los pacientes.

TRABAJO, ESPARCIMIENTO Y JUEGO

CLARK Y COLS (1991) define las ocupaciones como "la variedad de actividades significativas personal y culturalmente en la que participan los seres humanos".

La Terapia Ocupacional generalmente considera el trabajo, los cuidados personales, el esparcimiento, el juego y el reposo como las principales ocupaciones de las personas. Las funciones incluyen los procesos y la experiencia.

TRABAJO

El trabajo puede definirse como una actividad realizada para la producción y recompensa, así como también la actividad no asalariada que contribuye a la subsistencia o reproducción. Se encuentra limitada por tiempo y espacio significado se deriva a través ó de la satisfacción proporcionando la subsistencia y el logro de una meta. El trabajo generalmente es conducido por la motivación externa.

El trabajo es el antónimo del tiempo libre pero no de esparcimiento. El esparcimiento y el tiempo libre son dos mundos diferentes. Todos pueden tener tiempo libre. No todos pueden tener esparcimiento, el tiempo libre se refiere al modo especial de calcular una a clase particular de tiempo. El esparcimiento se refiere al estado de ser una condición del hombre que algunos desean y muy pocos logran.

ESPARCIMIENTO

Dumas Eíder (1961), piensa que el esparcimiento es el tiempo cuyo contenido está orientado hacia la satisfacción personal y se encuentra fuera de las obligaciones de las ocupaciones de una persona, la familia y la sociedad y el esparcimiento.

Las características más sobresalientes del individuo que practica el esparcimiento relacionadas al significado parecen ser la capacidad para la auto-satisfacción, el crecimiento personal, la expresión creativa y la autonomía personal.

El esparcimiento generalmente sucede fuera de las obligaciones del propio trabajo y proporciona la oportunidad para el deleite, relajación, recreación, crecimiento personal, y logro de una meta. Es conducido por la motivación interna, implica libertad de opción generalmente no es limitado.

JUEGO

El juego es un fenómeno del desarrollo, un tipo de actividad y modo de interactuar de las personas con su ambiente.

EL JUEGO COMO TRATAMIENTO

El juego es un medio importante así como importante en el tratamiento en Terapia Ocupacional pediátrica por su importancia para el niño. Las actividades lúdicas se utilizan de dos modos, como método de tratamiento (juego) y como modalidad de tratamiento (actividades lúdicas).

El juego se valora también como el medio a través del cual se desarrolla la integración sensorial. Las experiencias lúdicas satisfactorias dependen de respuestas adaptativas adecuadas a las demandas ambientales que a su vez dependen de una adecuada integración sensorial.

RELACIONES TERAPEUTICAS CON LOS ANCIANOS.

Es la que promueve la curación o el manejo de la enfermedad; dar y recibir ayuda constituyen en centro de esta relación. La relación terapéutica promovida en Terapia Ocupacional es una mezcla en evolución de competencia y afecto.

Creación de dependencias.

Irónicamente, los profesionales de la salud, en su celo por ser útiles a sus clientes y por responder a sus necesidades pueden provocar inconscientemente dependencias. El enfoque es aumentar al máximo la independencia funcional de una persona.

EVALUACION GERIATRICA EN TERAPIA OCUPACIONAL

El enfoque de la evaluación geriátrica sobre el desempeño funcional es diferente del enfoque sobre los componentes del desempeño, como el arco de movimiento articular o la fuerza de la prensión. Obviamente, dichos componentes de desempeño funcional pueden ser objetos importantes de evaluación en ciertos ancianos, pero generalmente en geriatría se destaca el nivel de desempeño funcional.

Además dado que el desempeño funcional es conducta y dado que la conducta es el resultado de la interacción de la persona y el medio ambiente, como Terapeutas Ocupacionales también evaluamos el ambiente.

Básicamente, las teorías establecen que el comportamiento y el desarrollo de los seres humanos son el resultado de la interacción entre la persona y el ambiente. En condiciones optimas, la interacción representa una competencia entre la persona y el ambiente, que conduce a un comportamiento eficiente y competente.

La importancia del ambiente muchas veces se pasa por alto, tal vez, por la naturaleza obvia del inter-juego entre conducta y ambiente; dado que actividad

y ambiente no pueden ser separados, el ambiente del anciano debe ser ideado de forma tal que pueda producirse un funcionamiento óptimo.

El crecimiento de la población de ancianos que se espera en la próxima centuria tiene compromisos con la práctica ocupacional. Como la promoción de la máxima independencia funcional es el objetivo principal de Terapia Ocupacional, ayudar a los pacientes a planificar una vejez saludable, activa y con propósito es una intervención terapéutica adecuada.

Una vejez que incluya suficiente actividad y estimulación puede realizarse con una eficaz intervención terapéutica y atención a las capacidades y limitaciones de los años maduros.

TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRIA

“Seleccionar los problemas funcionales del anciano es un problema complejo” la práctica geriátrica se compone de los tres enfoques terapéuticos siguientes:

- Enfoque de prevención; mantenimiento del estado actual de salud y la prevención de la declinación o el traumatismo.
- Enfoque de adaptación; el uso de estrategias compensadoras para ayudar a los ancianos a vivir con una discapacidad.
- Enfoque de recuperación; es el uso de las técnicas de rehabilitación para ayudar a los ancianos a recuperar la función máxima.

A continuación detallaremos las diferentes actividades a ejecutar en el área de Terapia Ocupacional para lograr los objetivos antes propuestos.

TODAS LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR FUERON ENMARCADAS CON LOS OBJETIVOS.

- ❖ Mejorar fuerza muscular
- ❖ Mejorar los arcos articulares
- ❖ Mejorar destrezas manuales (prensiones gruesas y finas)
- ❖ Mejorar las AVD (actividades de la vida diaria)
- ❖ Mejorar el área cognitiva perceptiva
- ❖ Mejorar la atención
- ❖ Mejorar la concentración
- ❖ Mejorar la memoria
- ❖ Dar un nuevo aprendizaje
- ❖ Mejorar la sociabilización
- ❖ Mejorar estado emocional.

Nombre de la actividad: conocimiento de su propio cuerpo.

Desarrollo: inicia el dinamizador diciendo estos son mis brazos y los toca y pedirá a un participante que diga cuáles son sus brazos y que se los toque. Y así sucesivamente los participantes deben tocarse y verbalizar las partes del cuerpo que le son indicados.

Nombre de la actividad: creación de tarjetas con mensajes bíblicos.

Desarrollo: se divide al grupo en subgrupos, y se les proporciona tijeras, cartulina, papel foamy, pega, brillos, listones, plumones, dibujos con los cuales formaran imágenes y pondrán frases de amistad y alusivas a la navidad que

anexaran a las tarjetas para que tengan un mutuo intercambio y puedan pasar un momento agradable entre amigos, compañeros.

Nombre de la actividad: Creación de piñatas.

Desarrollo: primero se armara una base de alambre, se pondrán a los pacientes a cortar papel periódico, con el cual forraran la base de alambre se deja secar y pegar, una vez hecha la figura deseada se forrara con papel china con los colores necesarios para dar forma a la figura.

Nombre de la actividad: elaboración de flores de papel.

Desarrollo: primero el dinamizador tendrá que realizar el proceso de la formación de una flor, para que los pacientes comprendan y puedan realizar dicha actividad, el proceso se realizara de la siguiente manera: se recortara papel crespón, en tamaño y forma deseada para proceder a dar forma a una flor, la cual se amarrara y sostendrá con alambre el cual a su vez se forrara con papel crespón color verde en movimientos giratorios rodeando el alambre que simulara la rama donde se sostendrán las flores.

Nombre de la actividad: creación de colas para el cabello.

Desarrollo: se corta un pedazo de elástico el cual se cose formando un circulo, se cortan trozos de cualquier tipo de tela, se enhebra una aguja normal con una hebra de hilo de acorde al color de la tela, posteriormente se procede aforrar el hule con la tela.

Nombre de la actividad: corona de navidad.

Desarrollo: se corta un pedazo de alambre numero 9, se le da la forma de un circulo sin amarrarse, se cortan manos de fomy color verde se pegan con cilicon alrededor de el alambre forrado con papel crespón y se le coloca una chonga navideña roja.

Nombre de la actividad: colorear

Desarrollo: se le facilitara al paciente libros de dibujos para colorear, lápiz de colores, crayones, luego se le indicara que rellene el dibujo de acuerdo al color adecuado de la imagen, tratando de no colorear fuera de la imagen.

Nombre de la actividad: creación de lámpara de vasos

Desarrollo: facilitaremos a los pacientes vasos descartables, flores de tela, foamy, listón, collar de piedras, silicón liquido, tijeras punta redonda, luego procedemos a explicar paso a paso e iniciar el armado de la lámpara que luego ellos realizarán.

Nombre: globos felices

Desarrollo: facilitaremos globos, lana, harina, embudo y plumones, les explicaremos detalladamente el procedimiento de llenar los globos con harina, luego les dibujaremos caras felices y adornaremos con lana.

Nombre de la actividad: creación de toallero de lazo

Desarrollo: facilitaremos lazo, flores, listón, silicón líquido y tijeras punta redonda, luego procederemos a explicar por pasos detallados el proceso para la ejecución de la actividad.

Nombre de la actividad: creación de figuras en forma de pozo y en forma de corazón para depositar sobres de regalo.

Desarrollo: se suministrará tijeras punta redonda, cartulina corrugada, perlas de adorno, papel celofán, papel estañado de diferentes colores, imágenes (boda, cumpleaños, fiesta rosa, primera comunión, graduación, bautizo, etc.) barita de plástico, base; se detallan poco a poco cada uno de los pasos del desarrollo.

Nombre de la actividad: creación de antifaz

Desarrollo: se proporciona tijeras punta redonda, cartulina, resistol, brillantina, perlas de adorno, plumas de colores, plumones, palo de plástico; se explica poco a poco cada paso de los que consta el proceso de creación.

Nombre de la actividad: creación de bolsas de papel

Desarrollo: proporcionar papel decorado de regalo, tijeras punta redonda, listón de seda, resistol, brillantina de diferentes colores; se explica paso a paso el procedimiento.

Nombre de la actividad: creación de sombreros.

Desarrollo: se proporciona papel decorado, foamy, tijeras punta redonda, silicón, resistol, se explica el procedimiento.

Nombre de la actividad: Creación de muñecos de lana.

Desarrollo: se da al paciente lana de diferentes colores, cartulina; que formarán los brazos y el cuerpo y se le explica el paso a seguir de la actividad.

Nombre de la actividad: Creación gorros.

Desarrollo: se le proporciona al paciente cartulina; tijeras; resistol; papel lustre, brillantina de diferentes colores y se le explican los pasos a seguir.

2.2. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.

ANSIEDAD: La ansiedad es una emoción que nos surge en situaciones de amenaza o peligro. (Miedo, fobia, angustia, tensión, preocupación).

CUÁQUEROS O AMIGOS: Es una comunidad religiosa disidente, fundada en Inglaterra por George fox (1624-1691). *Quaker* en español se conoce como *cuáquero*.

DISCAPACIDAD: según la OMS «Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.»

EMPIRISMO: Proviene del término griego *ἐμπειρία*; la traducción latina es *experientia*, de la que se deriva la palabra *experiencia*.

ENFERMEDAD MENTAL: es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

ENFERMEDAD ORGANICA: Enfermedad en la que los cambios en los tejidos o en los órganos corporales son inherentes.

ESTEROTIPOS: Estereotipo es un conjunto de creencias acerca de las características de las personas de un grupo determinado que es generalizado a casi todos los miembros del grupo.

ETARIO: Del latín aetas, "edad" Relativo o perteneciente a la edad de las personas.

GERIATRÍA: Es el estudio de la atención médica y de la salud en la edad avanzada. La investigación sobre las enfermedades que se producen en la ancianidad, las practicas de atención médica y los servicios de atención sanitaria.

GERONTOLOGÍA: Es el estudio propio del envejecimiento. Comprende el desarrollo de las teorías del envejecimiento, la investigación sobre los aspectos sociales y físicos típicos del envejecimiento y las cuestiones prácticas que tratan estos fenómenos relacionados con el envejecimiento.

HOMEOSTASIS: Es el proceso de autorregulación de los seres vivos. Es un proceso de regulación tendiente a restablecer el equilibrio perdido; este equilibrio es inestable ya que depende de cambios de un entorno variable e inestable también. Es un equilibrio dinámico.

MELANCOLIA: Dolor, tristeza e inhibición profundos, generalmente relacionados con algo o alguien a quien el paciente echa de menos.

MIEDO: Es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado.

SOMATICO: Se aplica a la parte corporal y material de un ser, en contraposición a su parte psíquica.

TRISTEZA: Es la emoción que sentimos cuando hemos perdido algo importante, cuándo nos ha decepcionado algo o cuando ha ocurrido alguna desgracia que nos afecta a nosotros o a otra persona.

CALIDAD DE VIDA: Es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, etc.

CAPÍTULO III
SISTEMA DE HIPÓTESIS

3. SISTEMA DE HIPOTESIS.

3.1. HIPOTESIS DE TRABAJO.

Hi. La Terapia Ocupacional beneficia a los pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión de 60 y 90 años de edad internos en el Asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

3.2. HIPOTESIS NULA.

Ho. La Terapia Ocupacional no beneficia a los pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión de 60 y 90 años de edad internos en el Asilo San Antonio de la ciudad de San Miguel.

5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
H1: La terapia ocupacional beneficia a los pacientes geriátricos con diagnóstico de Depresión.	V1. Depresión.	La depresión es una enfermedad mental que altera de forma intensa los sentimientos y pensamientos.	<p>Estado de ánimo deprimido.</p> <p>Sentimientos de Culpabilidad.</p> <p>Suicidio.</p> <p>Trabajo y actividades.</p> <p>Conciencia de enfermedad.</p> <p>Trastornos en el metabolismo.</p>	<p>Mediante la aplicación de la Terapia Ocupacional.</p> <p>-Convivios. -Actividades recreativas. -Dinámicas.</p> <p>-Rompecabezas. -Armar palabras y números. -Dibujo y pintura.</p> <p>-Lecturas breves. -Charlas en común. -Reconocimiento del grupo.</p> <p>-Manualidades. -Actividades de Montessori.</p> <p>-Charlas en común grupales e individuales.</p> <p>-Ejercicios activos libres. -Baile. -Canto.</p>	<p>-Tristeza. -Desamparo. -Inutilidad.</p> <p>-Se culpa así mismo. -Sensación no expresada. -Se culpa por sus enfermedades actuales.</p> <p>-Piensa que no vale la pena vivir la vida. -Desea estar muerto. -Amenaza de suicidio.</p> <p>-Pérdida de interés actividades. -Sentimientos de incapacidad. -Deja de trabajar por enfermedades.</p> <p>-Reconoce que está enfermo -Niega que está enfermo.</p> <p>-Bajo de peso. -Aumento de peso.</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 estudio se clasifico como:

Prospectivo: porque permitió registrar la información según se aplico el tratamiento, es decir proporciono al grupo de investigación obtener resultados y llevar en forma ordenada los acontecimientos que ocurrieron en el transcurso del proceso de tratamiento en la población objeto de estudio.

Según el periodo y secuencia del estudio es de corte:

Transversal: porque estudio la variable de la depresión en determinado momento como lo es de julio a septiembre de 2010.

Según el análisis y el alcance de los resultados la investigación fue:

Descriptiva: Permitió al grupo investigador describir y determinar los factores que predispusieron al problema en estudio, conocer las dificultades comunes que presentaron las personas con depresión y dar las respuestas a

las diferentes preguntas que se formularon con respecto a los beneficios de la Terapia Ocupacional en pacientes geriátricos con depresión, la cual se obtuvo en el proceso del tratamiento.

4.2. POBLACIÓN.

La población estuvo constituida por 115 Pacientes geriátricos de 60 a 90 años, internos en el Asilo San Antonio-Casa de la Misericordia de la ciudad de San Miguel en el periodo comprendido de julio a septiembre de 2010.

4.3. MUESTRA.

Para determinar la muestra, se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

4.4 CRITERIOS PARA DETERMINAR LA MUESTRA.

4.4.1 Criterios de inclusión:

- Ser hombre o mujer.
- Ser mayor de 60 años y menor 90 años de edad.
- Abuelos con depresión.
- Ancianos con depresión que deseen colaborar con la investigación.

- Pacientes que tengan habilidades motrices.
- Que estén internos en el asilo San Antonio-Casa de la Misericordia de la ciudad de San Miguel.
- Personas sin enfermedades incapacitantes.

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Ser menor de 60 años y mayor de 90 años.
- Abuelos que no tengan diagnóstico de depresión.
- Ancianos con diagnóstico de depresión que no desean colaborar con la investigación.
- Pacientes que no tengan habilidades motrices.
- Individuos que no estén internos en Asilo San Antonio-Casa de la Misericordia de la ciudad de San Miguel.
- Personas con enfermedades incapacitantes.

4.5. TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo que se utilizó al seleccionar a los ancianos que formaron parte de la muestra es no probabilístico o por conveniencia ya que este no da oportunidad a toda la población de ser elegida, si no que cada individuo tendrá que cumplir con los requisitos y criterios ya mencionados.

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

LAS TÉCNICAS QUE SE UTILIZARON PARA REALIZAR EL ESTUDIO SON:

Documental: Ya que la información fue extraída de diferentes fuentes como son: libros, tesis y direcciones electrónicas.

La Evaluación Psicológica: Permitió conocer cada uno de los aspectos tales como la manera de comportarse y de relacionarse socialmente, conductas que caracterizaron a los pacientes geriátricos a los que se les detecto con diagnostico de depresión. Anexo N° 3.

Evaluación de Terapia Ocupacional: Fue de beneficio ya que demostró el estado funcional (grado de independencia del individuo) en actividades de la vida diaria, área perceptiva, área cognitiva, enfermedades asociadas, las secuelas y el estado emocional. Anexo N° 4.

La observación: fue de utilidad que permitió conocer la apariencia general, actitud del paciente frente al terapeuta y comportamiento físico de los pacientes geriátricos con diagnostico de depresión. Anexo N° 5.

4.7 INSTRUMENTOS

Instrumentos que fueron utilizados son: la escala de Hamilton para calificación de la depresión, utilizada para medir en el nivel de depresión se le administro a la población objeto de estudio (ver anexo N° 6, figura: b), la hoja de evaluación de Terapia Ocupacional (ver anexo N° 4), guía para de observación

del comportamiento ocupacional (ver anexo N° 5), las cuales se aplicaron antes y después de la ejecución permitiendo obtener datos para la investigación.

4.8 MATERIALES UTILIZADOS

Fomy de diferentes colores, cartulina de diferentes colores, papel crespón de diferentes colores, papel lustre de diferentes colores, papel estañado de diferentes colores, cartoncillo, papel bond hojas, papel bond pliegos, cartulina corrugada, tijeras punta redonda, tijeras en forma de ziz zac y en forma oblicua, resistor, lápiz de colores, crayolas, lápiz de carbón, borradores, sacapuntas, pintura de dedo, plumones, lapiceros plumas de diferente colores, plumas de colores, lana, libro de cuentos, libros de colorear, flores de tela, perlas, paletas de colores, paletas de color normal, pistolas de silicón, barras de silicón gruesas y delgadas, guía extensiones eléctricas, botes de silicón líquidos, pinchos de madera, brillantina de diferente colores, vasos de color, listones de seda de colores, rompecabezas, letras y números grandes, legos grandes y pequeños, botes grandes y pequeños, Cd, grabadora de c.ds, refrigerio para después de cada tratamiento: galletas, sándwich de pollo y jamón, escabeche, pepinosa, mayonesa, mostaza, gaseosas, jugos; pan dulce, vasos, café, azúcar ,agua, cremora, cakaes, platos, tenedores, y servilletas.

4.9 PROCEDIMIENTO.

La investigación se realizo en dos etapas:

EN UN PRIMER MOMENTO: se selecciono el tema para describir los beneficios de las actividades ocupacionales en pacientes geriátricos con diagnostico de depresión, luego se inicio con la recolección de datos para la elaboración del perfil de lo que fue la investigación posteriormente se elaboro el protocolo de investigación sometiéndolos a sus respectivas correcciones de

borradores y concluir con la elaboración final del protocolo, luego se solicitó permiso a las autoridades del Asilo San Antonio-Casa de la Misericordia de la ciudad de San Miguel para llevar a cabo dicho proyecto en el recinto, una vez obtenido el permiso se procedió con la planificación de las actividades a ejecutar y con la compra de materiales para llevar a cabo el proyecto de la investigación.

EN UN SEGUNDO MOMENTO: En el que se desarrolló la etapa de ejecución de tesis que se inició pasando una prueba psicológica (ver anexo nº 3) escala de Hamilton para la calificación de la depresión inicial que diagnosticó a las personas internas en dicha localidad que presentaron depresión, ya con la muestra seleccionada se realizó un convivio con el personal y pacientes para socializar y dar a conocer el proyecto a ejecutar, realizando un horario de: tres horas y treinta minutos al día y asistencia de dos sesiones por semana siendo estos los días jueves y viernes durante el proceso de la ejecución; sucesivamente se procedió a pasar una evaluación de Terapia Ocupacional (ver anexo Nº 4), pasando la guía de observación y del comportamiento ocupacional (ver anexo Nº 5); la primera semana se realizaron actividades manuales como flores de fomy y papel crespón; segunda semana se realizó mariposas y figuras animadas de fomy; la tercera semana se desarrolló actividades con paletas de colores y de un solo color; tales como canastas y portarretratos; la cuarta semana se elaboró la piñata de figura animada; la quinta semana se creó el convivio y lámparas de vasos; la sexta semana se hizo la actividad de coronas navideñas hechas de fomy; la séptima semana se realizó figuras de lana, gorros de cartulina; la octava semana se elaboraron antifaces, y la tarjetas con mensajes bíblicos; la novena semana se crearon depósitos de sobres de sobres para regalo con forma de corazón, y la décima semana se ejecutaron casas de paletas y bolsas decoradas para regalos de cartulina; la onceava

semana se crearon depósitos para sobres de regalos en forma de pozo y se paso la evaluación psicológica (ver anexo N° 6, figura: a); la doceava semana se realizaron, la evaluaciones de Terapia Ocupacional (ver anexo N° 7, figura: a-b) y la guía del comportamiento ocupacional (ver anexo N° 7, figura a-b), realizando por último el convivio final agradeciendo a los pacientes y autoridades del recinto por su colaboración y confianza; todos los días de la ejecución además de las actividades manuales y recreativas se realizaban actividades propias de Terapia Ocupacional tales como: libros de dibujo para colorear, reconocimiento de diferentes figuras, armar palabras, legos grandes y pequeños, sumas simples, ordenar números, manipulación de botes grandes y pequeños(prensiones gruesas, finas y desviaciones radio cubitales) actividades de Montessori (abotonar, desabotonar, subir y bajar cremalleras, vestirse adecuadamente, amarrar cintas y ponerse los zapatos, peinarse adecuadamente), ejercicios activos libres, charlas en común, reconocimiento del grupo, lecturas simples, dinámicas, asistencia a misa, canto, baile. Por último se tabulo, analizo e interpreto la información, proporcionada por el informe final para su respectiva exposición.

CAPITULO V

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

En el presente capítulo se muestran los resultados de la ejecución de la investigación: beneficios de la Terapia Ocupacional en pacientes geriátricos con diagnóstico depresión de 60-90 años de edad internos en el Asilo San Antonio-Casa de Misericordia de la ciudad de San Miguel. En el periodo de julio a septiembre de 2010; los resultados se obtuvieron de la guía de evaluación Escala de Hamilton para la calificación de la depresión, guía de evaluación de Terapia Ocupacional dirigida a pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión, guía de observación del comportamiento ocupacional dirigida a pacientes con depresión internos en el Asilo.

En la tabulación de los resultados se presentan los datos de interés de la información recopilada en la implementación de la Terapia Ocupacional en los pacientes objeto de estudio.

Los datos del cuadro N° 1 fueron obtenidos de la Escala de Hamilton para la calificación de la depresión, el cuadro N° 2 muestra la distribución de la población por edad y sexo, en los cuadros del N° 3-5 se muestran las actividades de la vida diaria extraído de la guía de evaluación de Terapia Ocupacional, del cuadro N° 6-10 se muestran los aspectos que componen la guía para la observación del comportamiento ocupacional.

Cada cuadro va acompañado de sus respectivas gráficas de barra las cuales reflejan los datos que contienen los cuadros para que la presentación de resultados sea más comprensible.

Las abreviaturas utilizadas en los cuadros son:

F: frecuencia

?: porcentaje

B: bueno

MB: muy bueno

R: regular

M: malo

I: independiente

S.D: semi dependiente

D: dependiente.

Para la obtención de los datos estadísticos fue necesario el uso de la siguiente fórmula:

Donde:

$$F = \frac{Fr}{T} \cdot X 100$$

F: frecuencia absoluta.

Fr: frecuencia relativa

T: total de pacientes.

5.1 TABULACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

CUADRO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO.

EDAD	SEXO		F	%
	FEMENINO	MASCULINO		
DE 60-65	1	0	1	08
DE 66-70	3	0	3	25
DE 71-75	2	2	4	33
DE 76-80	2	0	2	17
DE 81-85	1	0	1	08
MAS DE 85	0	1	1	08
TOTAL	9	3	12	100

Fuente: Escala de Hamilton para la calificación de la depresión.

Análisis:

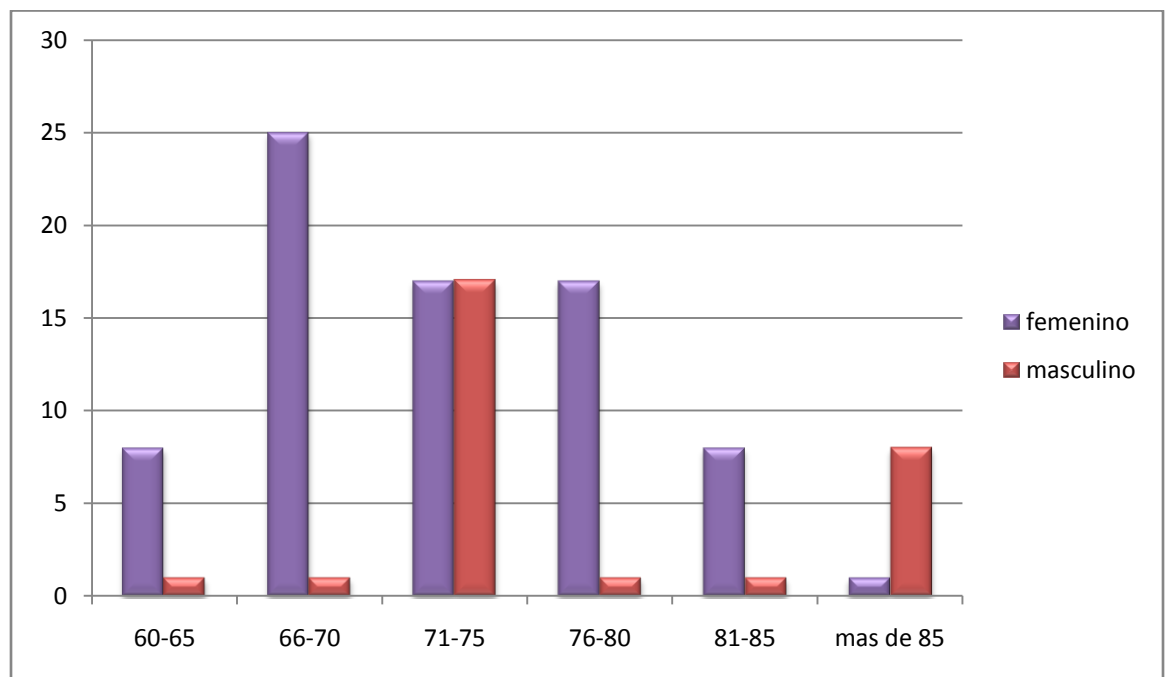
En el cuadro N° 1 se da a conocer las diferentes edades de los pacientes objeto de estudio, donde se puede contemplar los rangos de edades de 60-65 años, 81-85, más de 85 con el mismo porcentaje de 0.8%, de 66-70 con un 25%, de 71-75 con 33% y de 76-80 con un 17%.

Interpretación:

Según los datos obtenidos de los pacientes objeto de estudio se observó que existe un índice mayor entre las edades de 71-75 debido a que estos adolecen de más enfermedades como: artritis, problemas de columna, migraña; imposibilitándoles a realizar sus actividades de la vida diaria perdiendo así el interés y a la vez influyendo en su estado emocional.

GRAFICA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO



Fuente: cuadro N° 1

CUADRO N° 2

ESCALA PARA LA CALIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

NIVEL DE DEPRESIÓN	ANTES		DESPUÉS	
	F	%	F	%
Leve	0	0	8	67
Moderada	11	92	4	33
Grave	1	08	0	0
Total	12	100	12	100

Fuente: Escala de Hamilton para la calificación de la depresión.

Análisis:

En la Escala inicial de Hamilton para la calificación de la depresión que se aplicó la población objeto de estudio se observa que en el nivel moderado de depresión se presenta con un porcentaje de 92%, el nivel grave con una frecuencia de 0.8% de la población.

Luego al final se evaluó nuevamente la población obteniendo los siguientes resultados los niveles de depresión grave disminuyeron quedando en 0%, el nivel leve con 67%, el nivel moderado de depresión con una frecuencia de 33%.

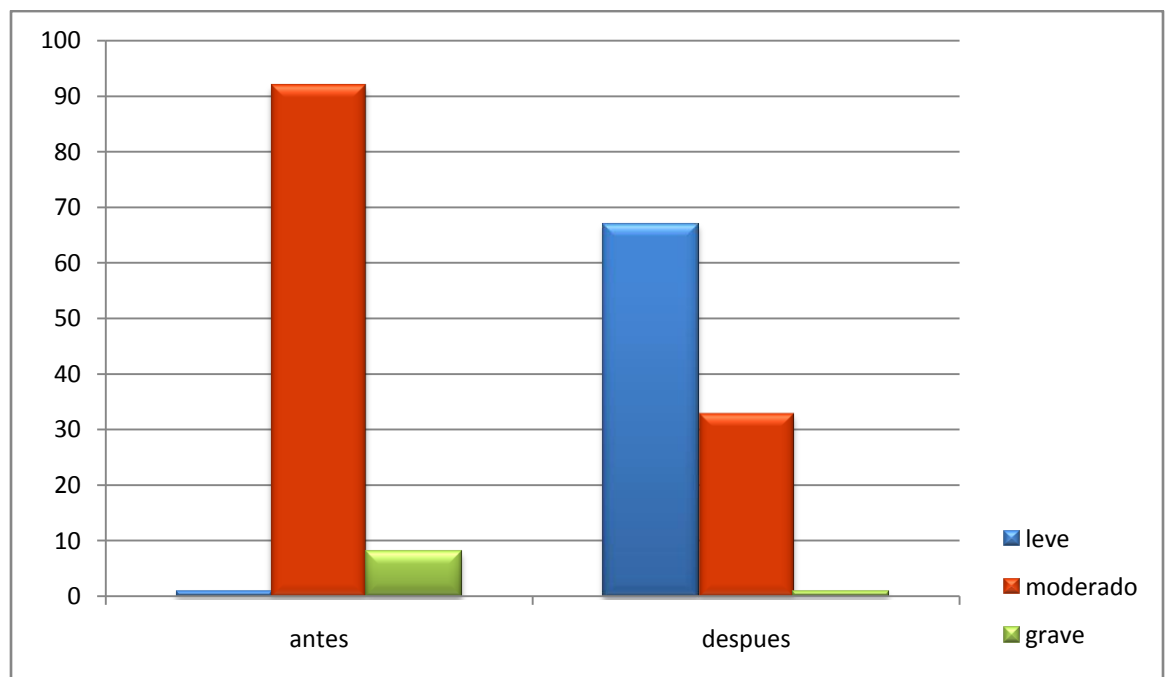
Interpretación:

De acuerdo con la información a la población que se le proporcionó la Escala de Hamilton para la calificación de la depresión al inicio demostró que la mayoría de la muestra se encuentra en el nivel moderado de depresión y poco porcentaje en el nivel grave.

Mostrando al final de la evaluación disminución en el nivel moderado de depresión, con una población a nivel leve quedando el nivel grave a cero, demostrando así la efectividad de la Terapia Ocupacional por medio de sus actividades tales como: ejercicios activos libre, convivios, actividades en grupo e individuales, charlas en común.

GRAFICA N° 2

ESCALA DE HAMILTON PARA LA CALIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN



Fuente: cuadro N° 2.

CUADRO N° 3

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	EVALUACION INICIAL						EVALUACION FINAL					
	I	%	S.D	%	D	%	I	%	S.D	%	D	%
ARREGLO PERSONAL	3	25	9	75	0	0	11	92	1	08	0	0
ASEO	5	42	7	58	0	0	10	83	2	17	0	0
ALIMENTACIÓN	11	92	1	08	0	0	12	100	0	0	0	0
TRANSPORTE	8	66	4	33	0	0	11	92	1	08	0	0

Fuentes: hoja de evaluación de Terapia Ocupacional.

Análisis:

En el cuadro N° 3 se observan ciertas actividades de la vida diaria, donde al inicio el 75% de la población en estudio era semi dependiente en arreglo personal, el 58% semi dependiente en aseo, un 08 en alimentación, un 33% en transporte.

Al terminar la ejecución en la evaluación final el mayor porcentaje de independencia logrado fue para alimentación en 100%, en arreglo personal y transporte con un mismo porcentaje de 92% y un 83% en aseo; logrando así un mayor nivel de independencia.

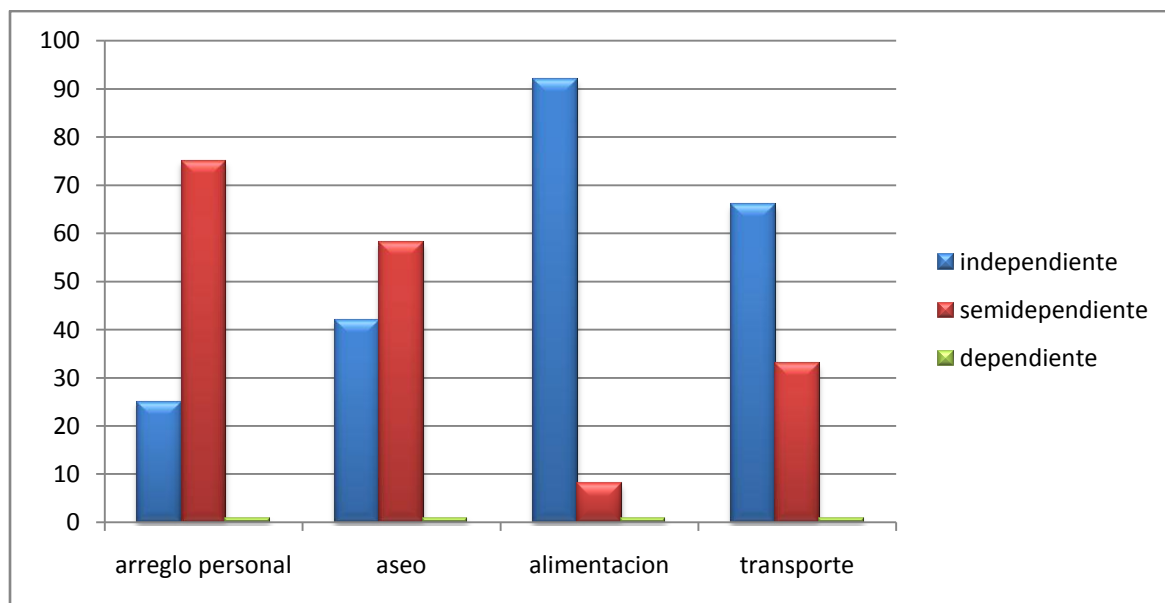
Interpretación:

En la evaluación inicial de las actividades de la vida diaria, se observa que la mayor dificultad que los pacientes en estudio presentaban era en el arreglo personal, aseo, debido a que una de las características de la depresión es perder el interés por las cosas diarias.

Al finalizar la ejecución ya que a través de la intervención de las modalidades de Terapia Ocupacional como: trabajos de Montessori, orientación y enseñanza en la práctica de arreglo personal, aseo, transporte y alimentación se logró un mayor porcentaje en estas actividades.

GRAFICA N° 3

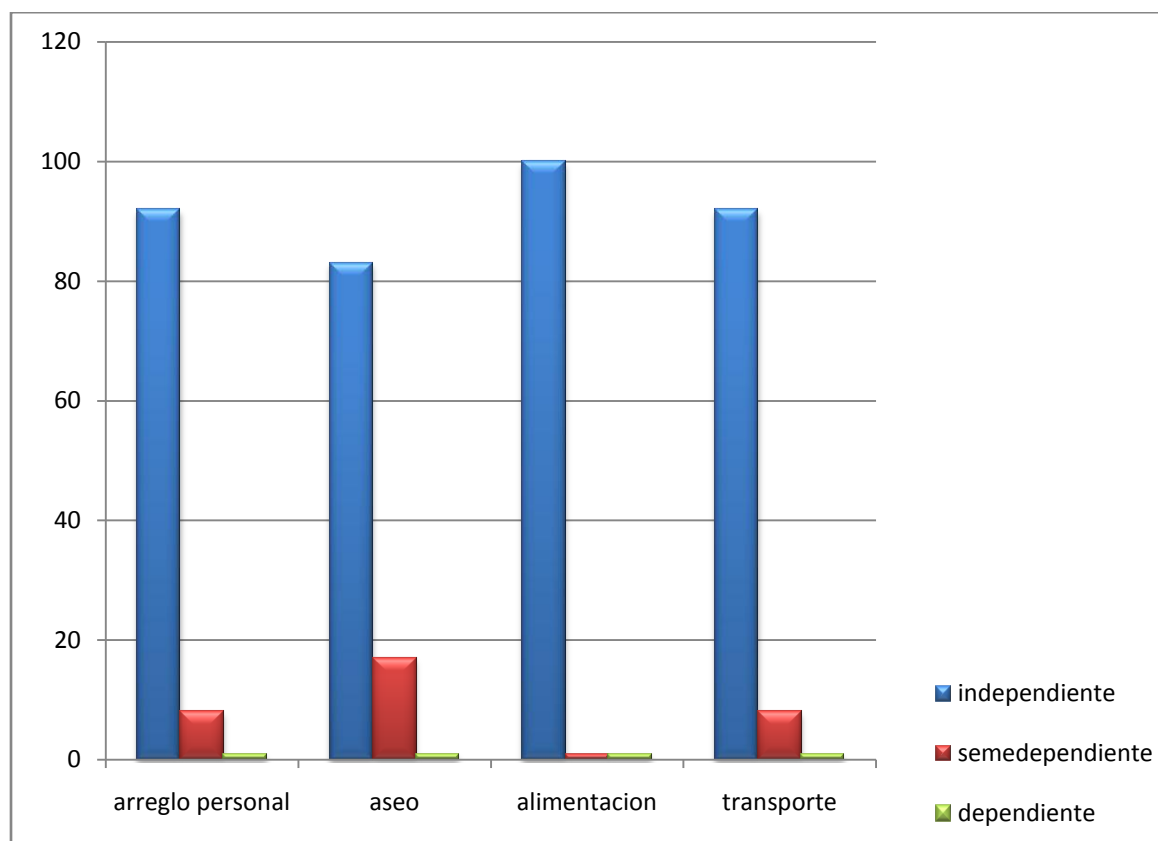
EVALUACIÓN INICIAL DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO



Fuente: cuadro N° 3

GRAFICA Nº 3

EVALUACIÓN FINAL DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO



Fuente: cuadro Nº 3

CUADRO N° 4

EVALUACIÓN DE ÁREA PERCEPTIVA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

ÁREA PERCEPTIVA	EVALUACION INICIAL								EVALUACION FINAL							
	M	%	R	%	B	%	M	%	M	%	R	%	B	%	M.	%
															B	
POSICIÓN EN EL ESPACIO	0	0	9	75	3	25	0	0	0	0	0	0	1	08	11	92
CONSTANCIA PERCEPTUAL	0	0	5	42	7	58	0	0	0	0	0	0	4	33	8	67
COORDINACIÓN ÓCULO MOTRIZ	0	0	10	83	2	17	0	0	0	0	0	0	10	83	2	17
PERCEPCIÓN AUDITIVA	0	0	2	17	10	83	0	0	0	0	2	17	10	83	0	0
PRENSIONES GRUESAS	0	0	9	75	3	25	0	0	0	0	0	0	0	0	12	100
PRENSIONES FINAS	0	0	11	92	1	08	0	0	0	0	0	0	4	33	8	67

Fuente: hoja de evaluación de Terapia Ocupacional.

Análisis:

De acuerdo al cuadro N° 4 en la evaluación inicial se presentó un alto porcentaje en la clasificación en prensiones finas con un 92%, coordinación óculo motriz 83%, en prensiones gruesas y posición en el espacio con 75%, constancia perceptual 42% y percepción auditiva 17%.

En la evaluación final se puede apreciar en el cuadro N° 4 un alto porcentaje de muy bueno con un 100% en prensiones gruesas un 92% en posición en el espacio, un 17% en coordinación óculo motriz, un mismo porcentaje en constancia perceptual y prensiones finas de 67%, observándose que en percepción auditiva no hubo variación.

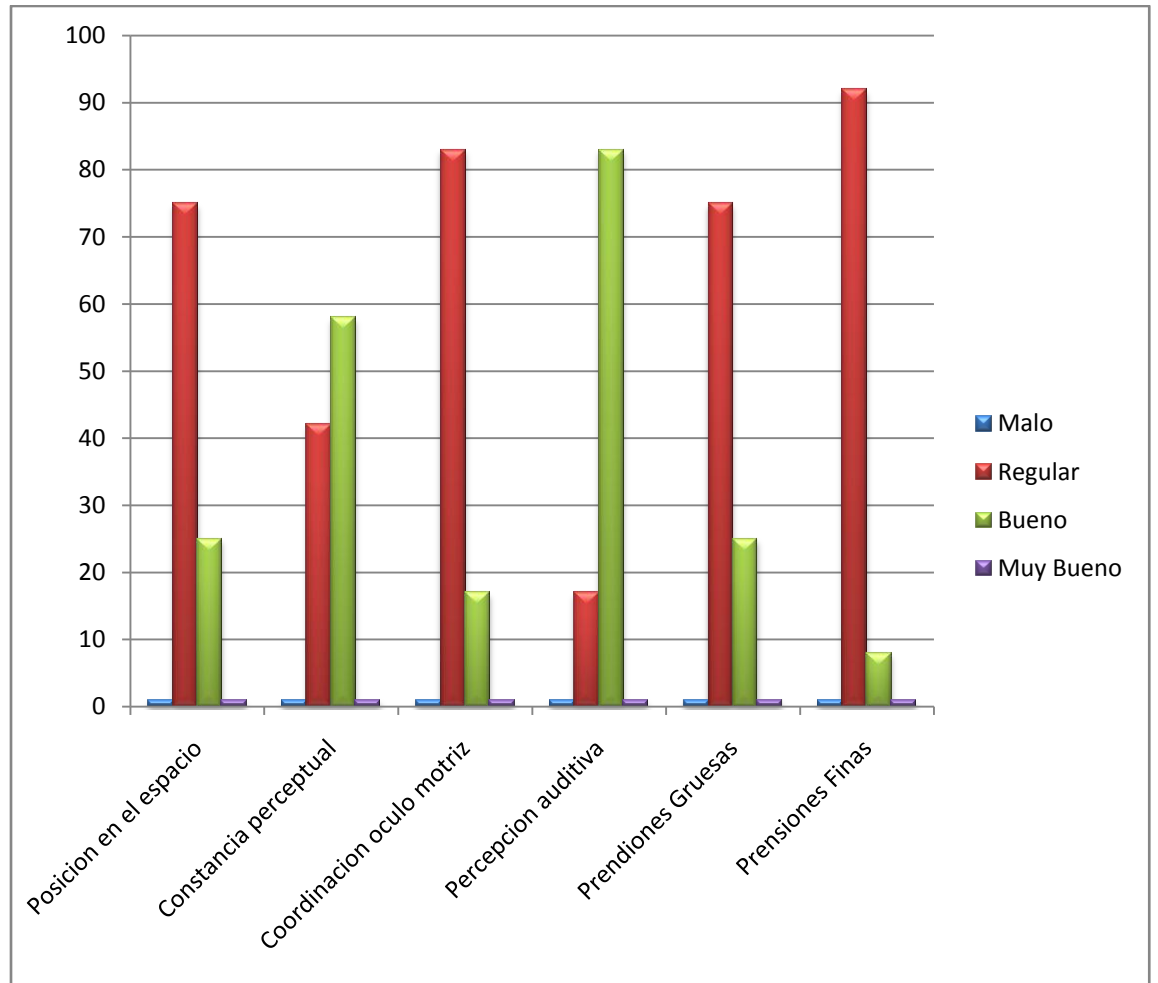
Interpretación:

Según los datos anteriores al inicio de la evaluación un gran porcentaje esta en regular específicamente en posición en el espacio, prensiones gruesas, prensiones finas, coordinación óculo motriz, constancia perceptual debido a que a medida pasan los años ocurren cambios significativos en los órganos tendiendo a afectar las percepciones tanto táctiles, auditivas, gustativas, visuales así como olfativas.

Al final se noto mejoría al aplicar la modalidades de Terapia Ocupacional tales como: cambios de texturas, juegos de ensamble, dibujo y pintura, juegos de mímicas, legos, botes grandes y pequeños que auxiliares de las prensiones finas, gruesas, desviaciones cubito-radial; notándose que en el aspecto de la percepción auditiva no hubo cambio alguno ya que son problemas auditivos orgánicos.

GRAFICA N° 4

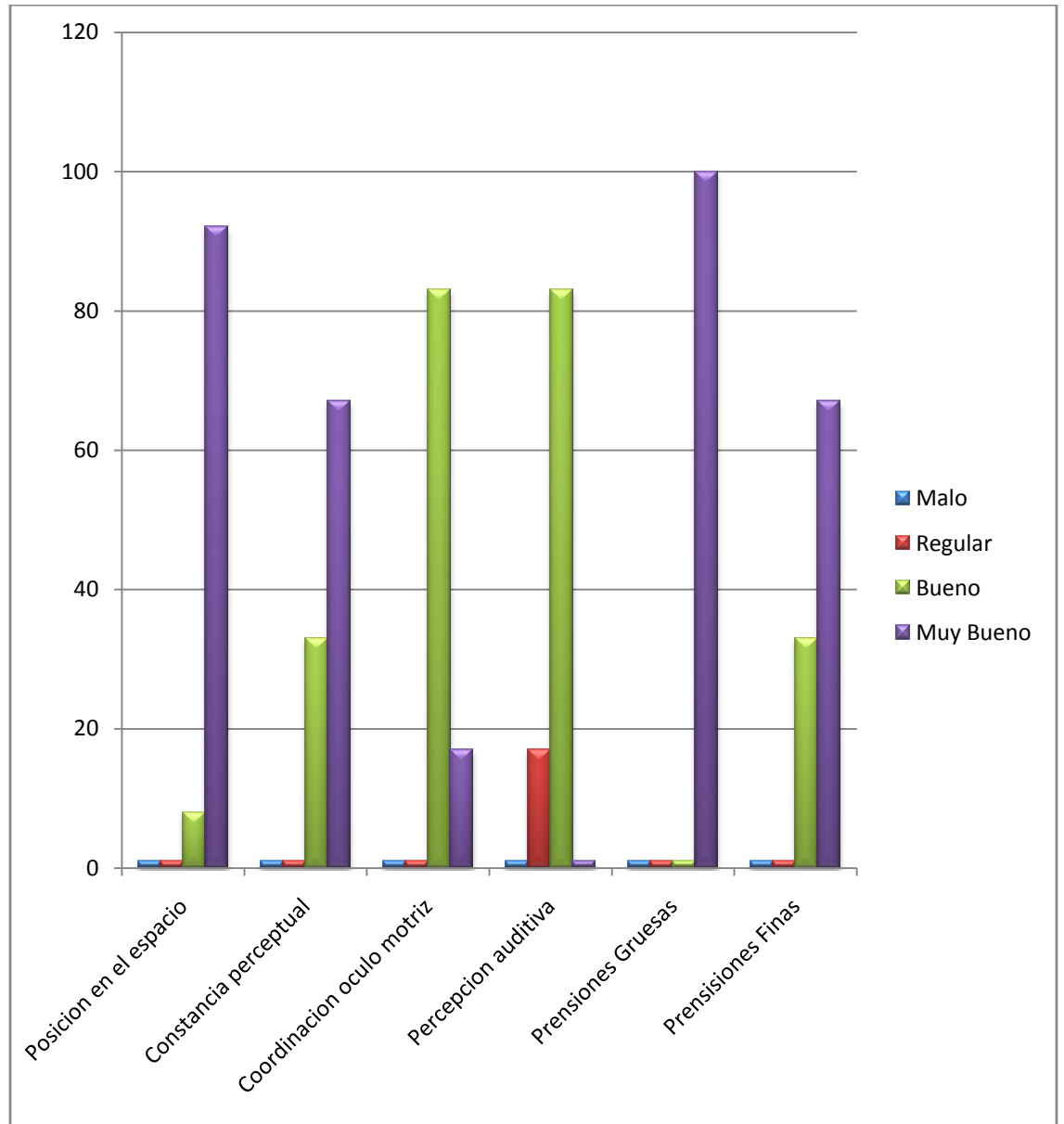
EVALUACIÓN INICIAL DEL ÁREA PERCEPTIVA



Fuente: cuadro N° 4

GRAFICA N°4

EVALUACIÓN FINAL DE ÁREA PERCEPTIVA



Fuente: Cuadro N° 4

CUADRO N° 5

EVALUACIÓN DEL ÁREA COGNITIVA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

ÁREA COGNITIVA	EVALUACIÓN INICIAL								EVALUACIÓN FINAL							
	M	%	R	%	B	%	M.B	%	M	%	R	%	B	%	MB	%
ATENCIÓN	0	0	9	75	3	25	0	0	0	0	0	0	4	33	8	67
CONCENTRACIÓN	0	0	9	75	3	25	0	0	0	0	0	0	4	33	8	67
MEMORIA	0	0	4	33	8	67	0	0	0	0	0	0	6	50	6	50
JUICIO	0	0	7	58	5	42	0	0	0	0	0	0	4	33	8	67
CAPACIDAD DE APRENDIZAJE	0	0	4	33	8	67	0	0	0	0	0	0	4	33	8	67

Fuente: hoja de evaluación de Terapia Ocupacional.

Análisis:

En el presente cuadro se aprecia que en la evaluación inicial del área cognitiva en la población en estudio se presentó, que en regular estaba en un mismo porcentaje la atención, concentración con un 75%, juicio 58%, y un mismo porcentaje para memoria, capacidad de aprendizaje con 33%; en la evaluación final hubo un resultado de muy bueno con porcentaje mayor en atención, concentración, juicio y capacidad de aprendizaje con igual resultado de 67% y un 50% en memoria.

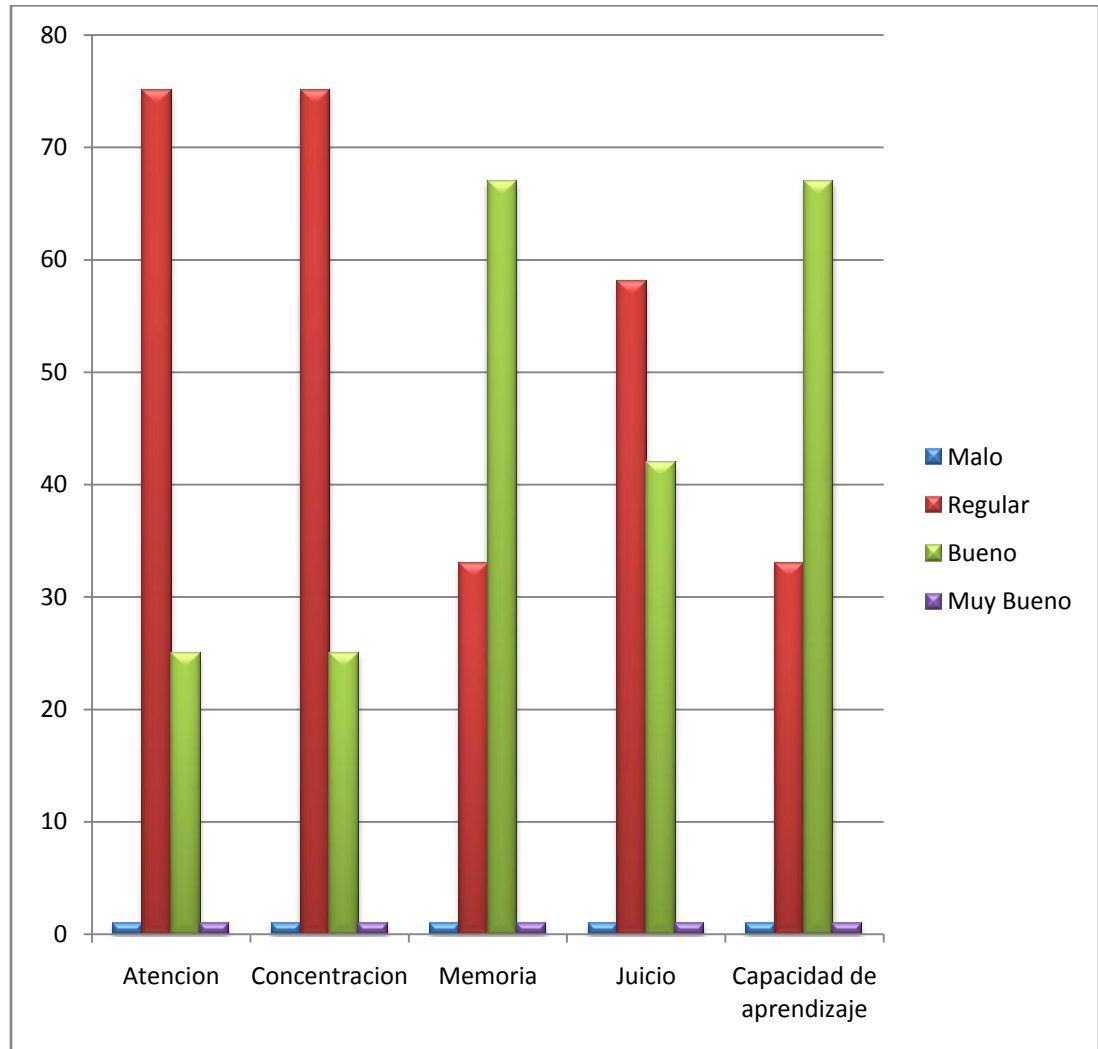
Interpretación:

Como muestra el cuadro N° 5 al inicio de la ejecución al pasar la hoja de evaluación de Terapia Ocupacional se contemplo, que los pacientes tienen dificultad en el área cognitiva valorando que son pacientes geriátricos que debido al proceso orgánico normal de los seres vivos, tienden haber desgaste o muerte neuronal, así poco a poco disminuye la capacidad cognitiva.

Al final se percibió que del gran porcentaje de regular que existía pasaron a bueno y muy bueno, debido a la intervención de la Terapia Ocupacional y sus diversas modalidades como son: rompecabezas, juegos de ensamble, juegos de mímica, imágenes de objetos comunes, armar palabras, sumas simples de dos dígitos, charlas en común, lecturas breves, dibujo y pintura.

GRAFICA N° 5

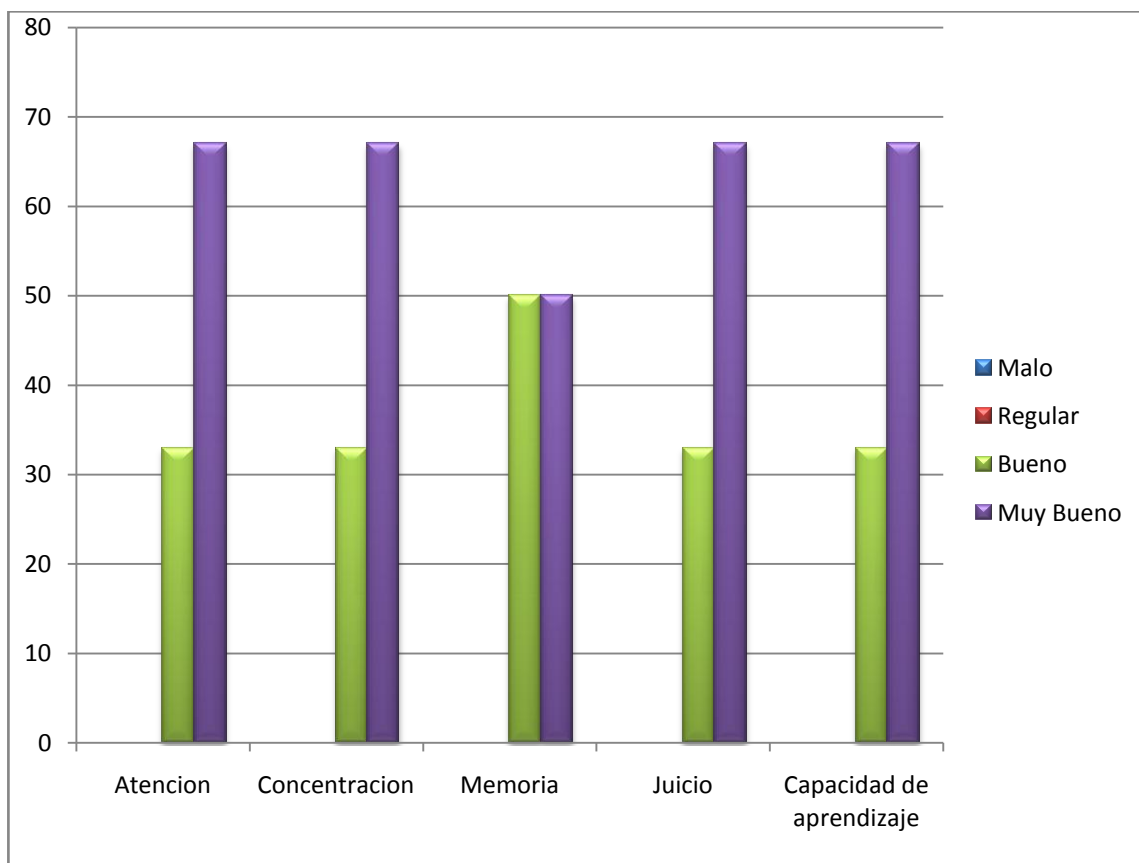
EVALUACIÓN INICIAL DEL ÁREA COGNITIVA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.



Fuente: cuadro N°5

GRAFICA N° 5

EVALUACIÓN FINAL DEL ÁREA COGNITIVA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.



Fuente: cuadro N°5

CUADRO N°6

EVALUACIÓN DE LA APARIENCIA GENERAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

APARIENCIA GENERAL	EVALUACIÓN INICIAL				EVALUACIÓN FINAL			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
DRAMÁTICO, TEATRAL	8	67	4	33	0	0	12	100
MAQUILLAJE EXAGERADO	8	67	4	33	0	0	12	100
OLOR CORPORAL INAPROPIADO	4	33	8	67	0	0	12	100

Fuente: guía de observación y descripción del comportamiento ocupacional.

Análisis:

Como se manifiesta en el cuadro N° 6 en la evaluación inicial los pacientes presentaban dificultad con mayor porcentaje en dramático, teatral, así como también maquillaje exagerado con un mismo porcentaje de 67%, en olor corporal inapropiado 33%, dándose en la evaluación final el resultado de

beneficio observándose una gran mejoría en los aspectos ya mencionados en apariencia general quedando todos con un 100% sin dificultad.

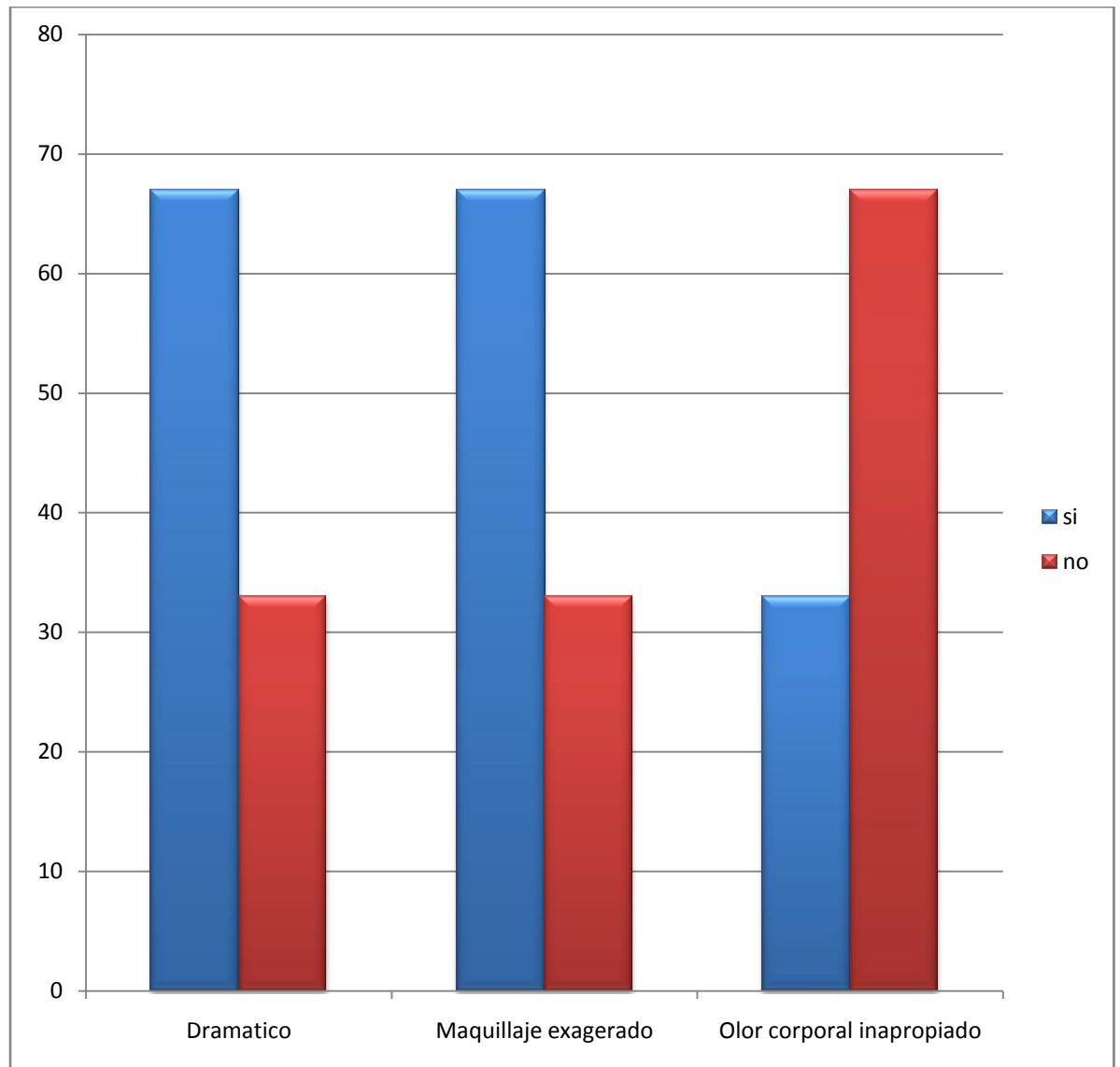
Interpretación:

Según el cuadro N° 6 al inicio los pacientes se encontraban con gran dificultad en apariencia general es decir en vestimenta, dramático y teatral, maquillaje exagerado, cabello despeinado, olor corporal inapropiado, que debido a su patología tienden a olvidarse o ignorar como se ven tomando con menos importancia ya que piensan que no sirven para nada el seguir realizando las actividades cotidianas normales.

Al final de la ejecución se notó una clara mejoría quedando en los aspectos de la apariencia personal sin dificultad alguna, debido a la implementación de las modalidades de Terapia Ocupacional durante el tratamiento como lo son: actividades de Montessori (abotonar, desabotonar, subir y bajar zíper, trabajo con mozote, amarrar y desamarrar cintas, orientación y enseñanza sobre como peinarse, maquillarse así como controlar su estado anímico).

GRAFICA N°6

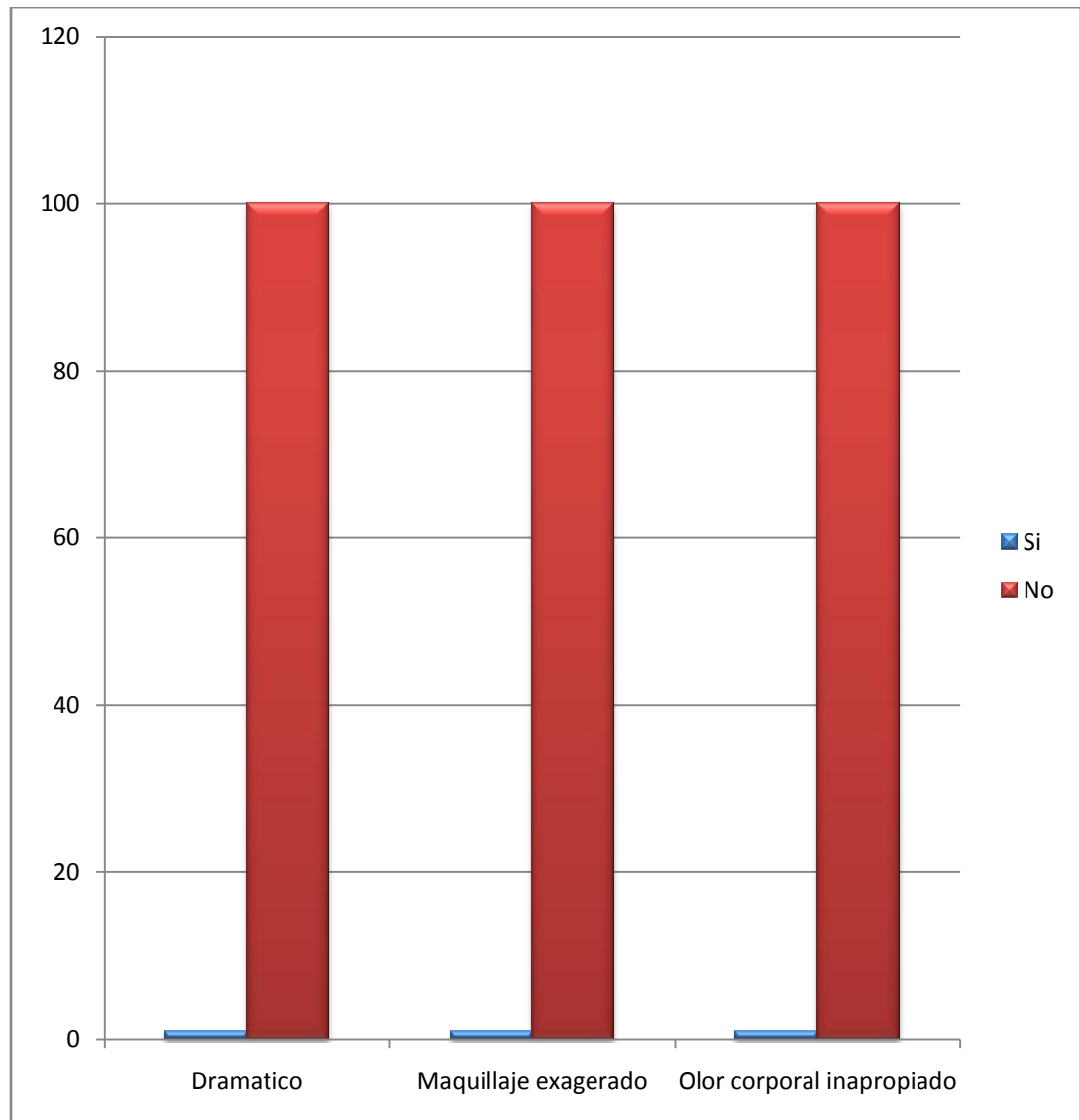
EVALUACIÓN INICIAL DE LA APARIENCIA GENERAL



Fuente: Cuadro N° 6

GRAFICA N°6

EVALAUCIÓN FINAL DE LA APARIENCIA GENERAL



Fuente: Cuadro N° 6

CUADRO N° 7

**EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO FÍSICO DE LA POBLACIÓN
EN ESTUDIO**

COMPORTAMIENTO FÍSICO	EVALUACIÓN INICIAL				EVALUACIÓN FINAL			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
RELAJADO, CÓMODO	3	25	9	75	12	100	0	0
ANSIOSO	6	50	6	50	0	0	12	100
LENTO, APÁTICO	8	67	4	33	0	0	12	100
TENSO INCOMODO E	10	83	2	17	0	0	12	100
TICS NERVIOSOS	10	83	2	17	0	0	12	100

Fuente: guía de observación y descripción del comportamiento ocupacional.

Análisis:

Como se aprecia en el presente cuadro en la evaluación inicial los pacientes presentaban dificultad en el aspecto de su comportamiento físico, teniendo un mayor porcentaje en intenso e incomodo, tics nerviosos con un mismo resultado de 83%, lento y apático 67%, ansioso 50%, relajado y cómodo 25%, en la evaluación final del comportamiento físico existió una clara mejoría ya que cada uno de los aspectos como relajación y cómodo, ansioso, lento y

apático, tenso e incomodo, tics nerviosos quedaron con 100% sin dificultad alguna.

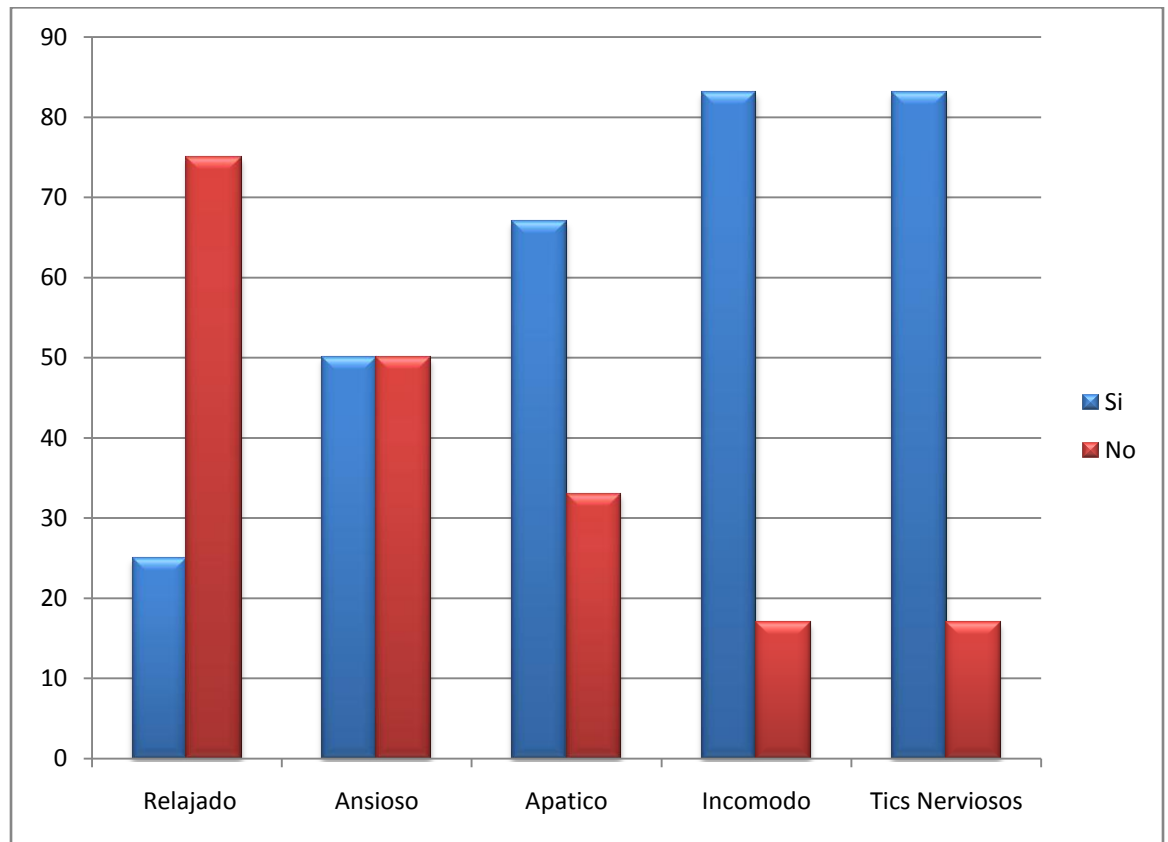
Interpretación:

Como se analizó en el cuadro N° 7 fue al inicio de la ejecución que existía un alto nivel de la población con problema en comportamiento físico tales como: relajarse, ansiedad, lento y apático, tenso e incomodo y tics nerviosos ya que su patología se caracteriza por afectar las relaciones interpersonales haciendo que estos reaccionen así.

Al final de la ejecución debido a la diversidad de encuentros como las técnicas de relajación, convivios, tertulias, reconocimiento del grupo, integración de líderes grupales que ayuden dando sus opinión es y puntos de vista acerca de las actividades realizadas y por realizar, se logro una mejoría notable en la socialización al final de la ejecución.

GRAFICO N°7

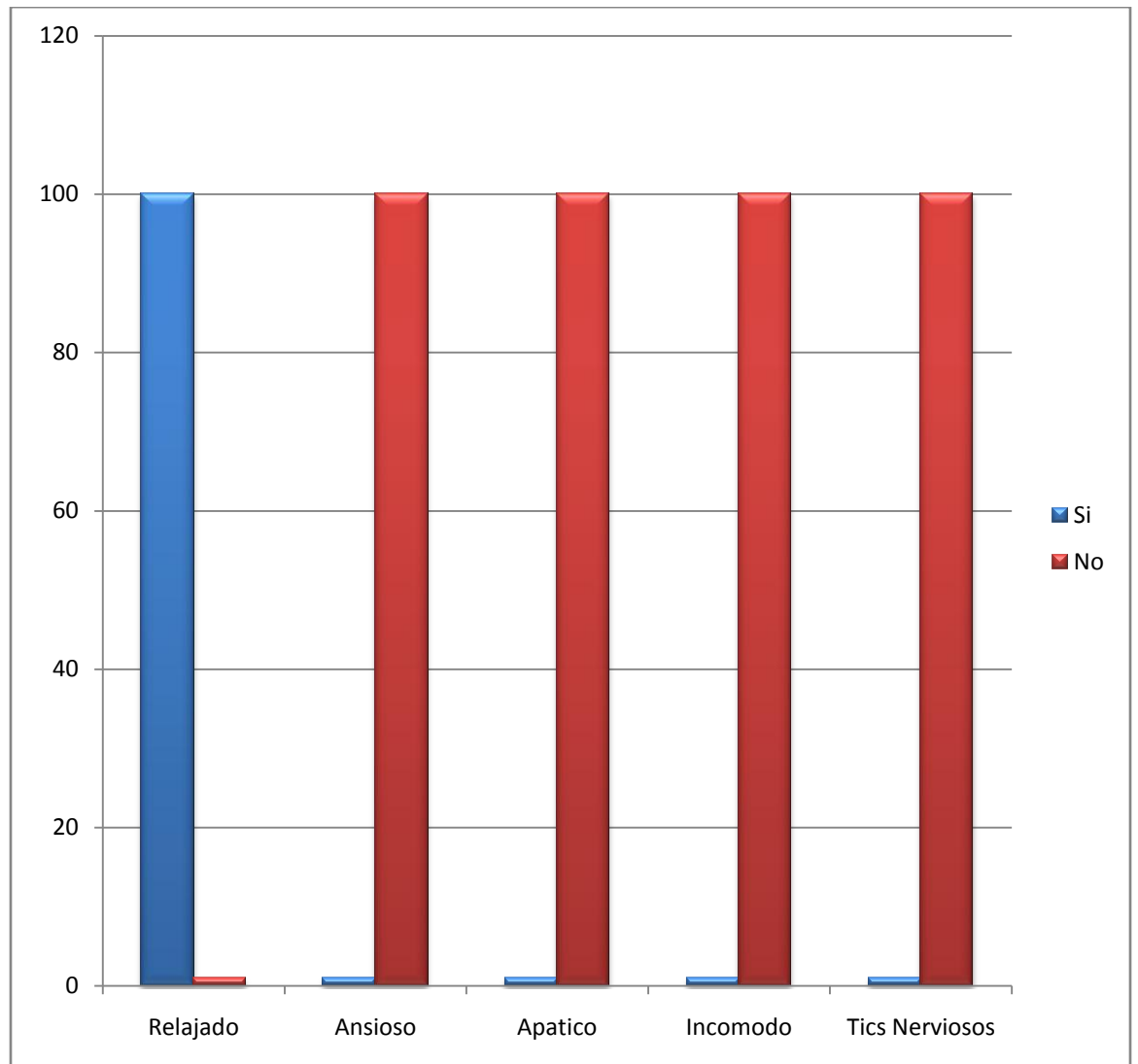
EVALUACIÓN INICIAL DEL COMPORTAMIENTO FÍSICO DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.



Fuente: Cuadro N° 7

CUADRO N° 7

EVALUACIÓN FINAL DEL COMPORTAMIENTO OCUPACIONAL.



Fuente: cuadro N° 7

CUADRO N° 8

**EVALUACIÓN DE LA ACTITUD DEL PACIENTE HACIA EL
TERAPEUTA**

ACTITUD DEL PACIENTE HACIA EL TERAPEUTA	ANTES				DEPUES			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
BUSCA ASISTENCIA CUANDO ES APROPIADO	0	0	12	100	12	100	0	0
BUSCA LA APROBACIÓN DEL TERAPEUTA	0	0	12	100	12	100	0	0
RECHAZA AL TERAPEUTA	12	100	0	0	0	0	12	100
SIGUE INSTRUCCIONES DEL TERAPEUTA	0	0	12	100	12	100	0	0

Fuente: guía de observación y descripción del comportamiento ocupacional.

Análisis:

De tal manera se detalla en el siguiente cuadro el paciente al inicio de la ejecución se mostraba renuente hacia el terapeuta no buscaba su asistencia ni la aprobación del terapeuta, rechazaba al terapeuta, no seguía instrucciones todos con un mismo porcentaje de 100%.

En la evaluación final de Terapia Ocupacional se detecto que la actitud de los pacientes hacia el terapeuta fue satisfactoria mostrando una aprobación en los aspectos ya mencionados con un porcentaje de 100%.

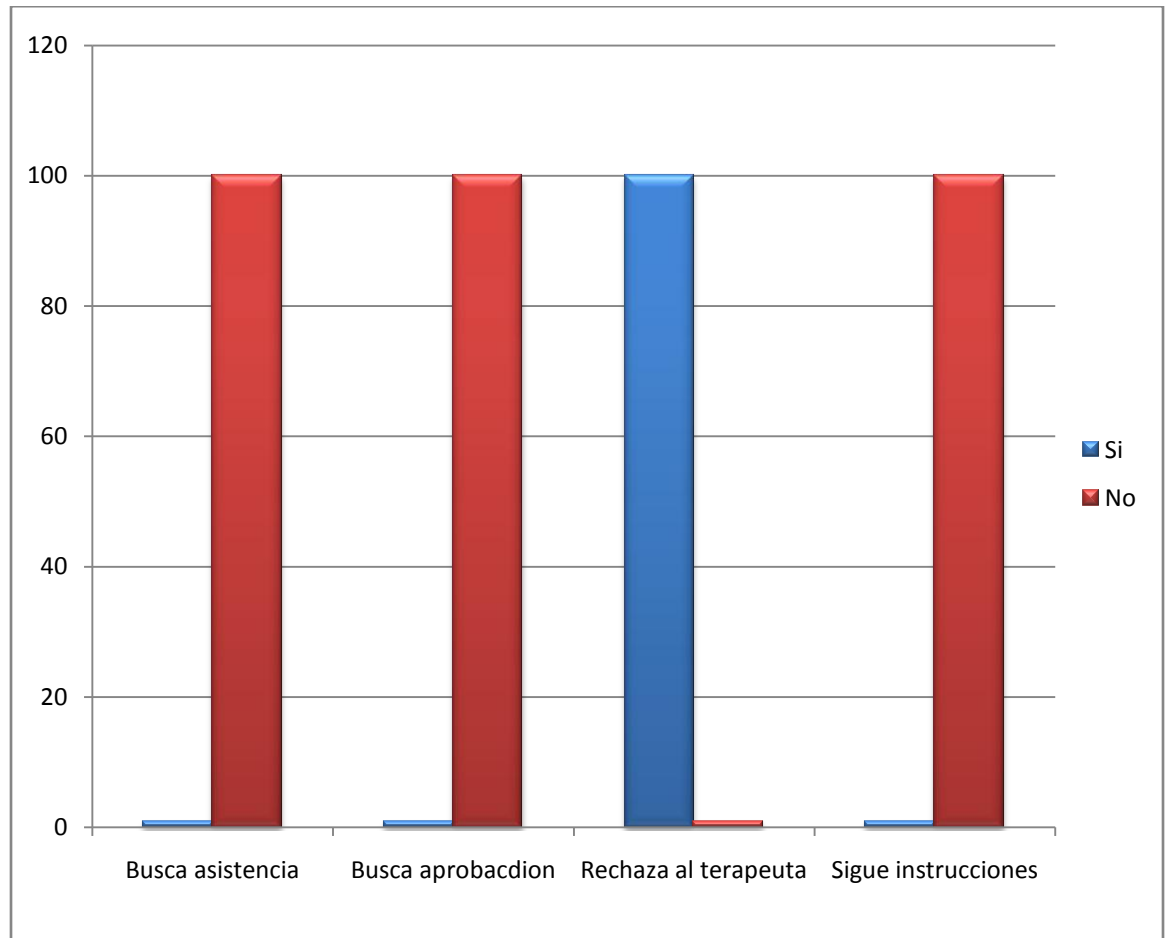
Interpretación:

Al inicio de la evaluación se muestra en cuadro N° 8, que la actitud de los pacientes hacia el terapeuta no era la adecuada, porque uno de los síntomas de la depresión es la tendencia a rechazar las opiniones de los demás y los que les rodean

Al final se demuestra como intervino de manera positivo las diversas actividades realizadas con el grupo en estudio siendo satisfactoria la relación entre pacientes y terapeutas.

GRAFICA N° 8

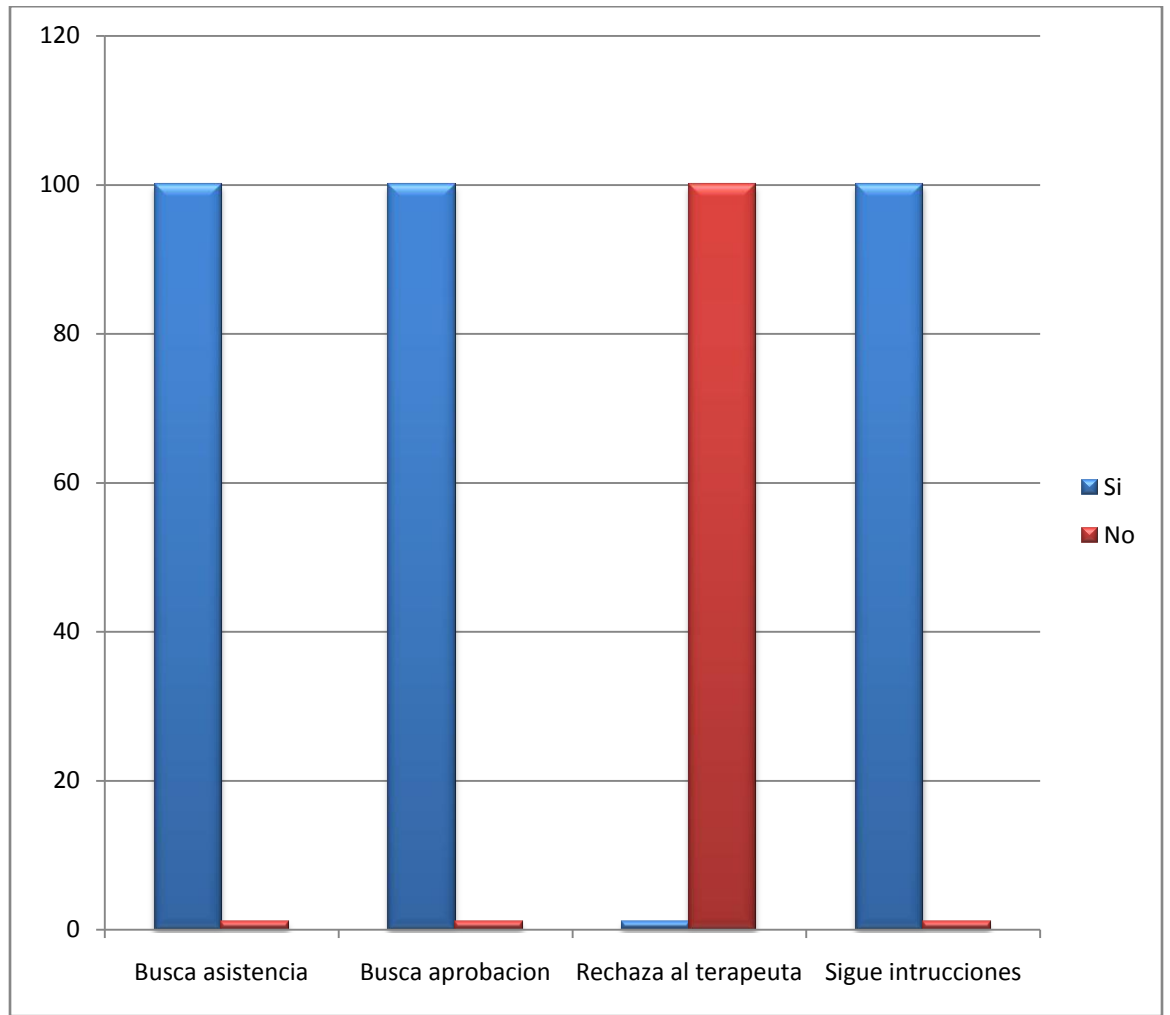
EVALUACIÓN INICIAL DE LA ACTITUD DEL PACIENTE HACIA EL TERAPEUTA



Fuente: cuadro N° 8

GRAFICA N° 8

EVALUACIÓN FINAL DE LA ACTITUD DEL PACIENTE HACIA EL TERAPEUTA



Fuente: cuadro N° 8

CUADRO N° 9

EVALUACIÓN DEL ÁREA SOCIAL DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

ÁREA SOCIAL	EVALUACIÓN INICIAL				EVALUACIÓN FINAL			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
SE RELACIONA CON LOS DEMÁS	0	0	12	100	12	100	0	0
TIENE INICIATIVA	0	0	12	100	12	100	0	0
PARTICIPA EN ACTIVIDADES	0	0	12	100	12	100	0	0
AYUDA A SUS COMPAÑEROS	0	0	12	100	12	100	0	0

Fuente: guía de observación y descripción del comportamiento ocupacional.

Análisis:

El cuadro N° 8 se observa que al inicio las relaciones en el área social tienen dificultad y a su vez presentan la misma frecuencia de 0%, al relacionarse con los demás, tienen iniciativa, participa en actividades y ayuda a sus compañeros. Al final todos estos aspectos pasaron a sin dificultades en 100%.

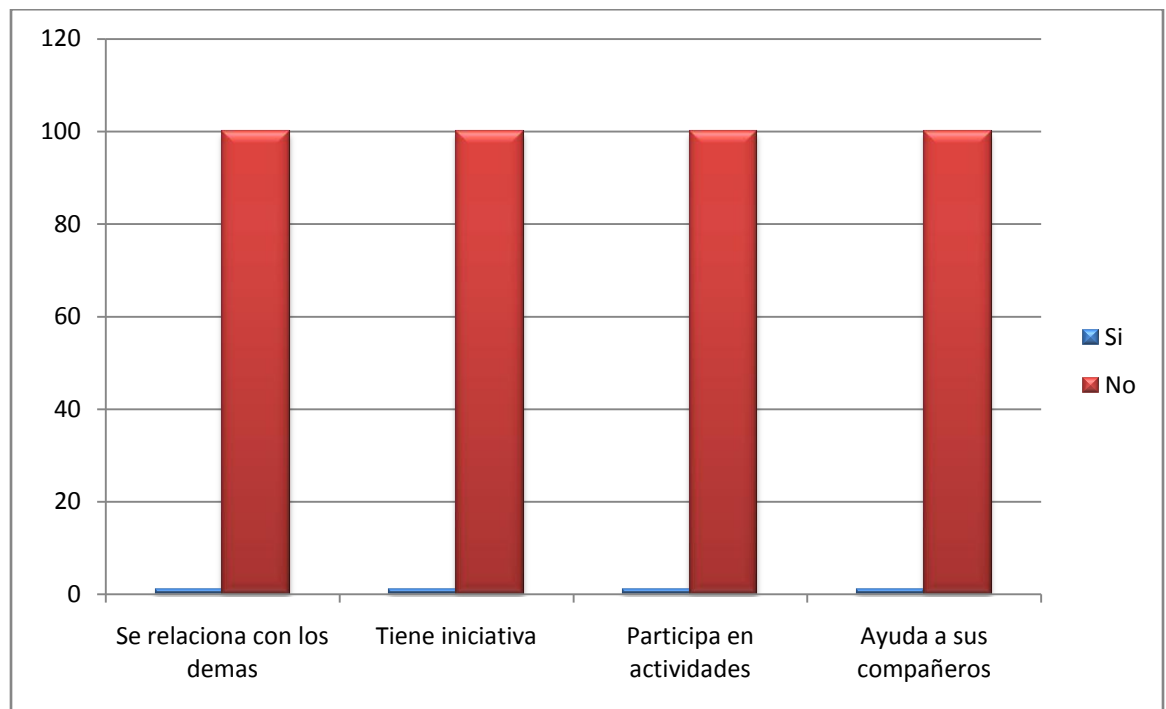
Interpretación:

Se puede observar que en la gran mayoría la depresión influye en las relaciones interpersonales las cuales si no son atendidas pueden empeorar con el paso de la patología.

Al final se contemplo que por medio de la aplicación de: grupos de trabajo, baile, canto, dinámicas, convivios, enseñanza en la instrucción de compañeros, actividades manuales de las que consta el área social

GRAFICA N° 9

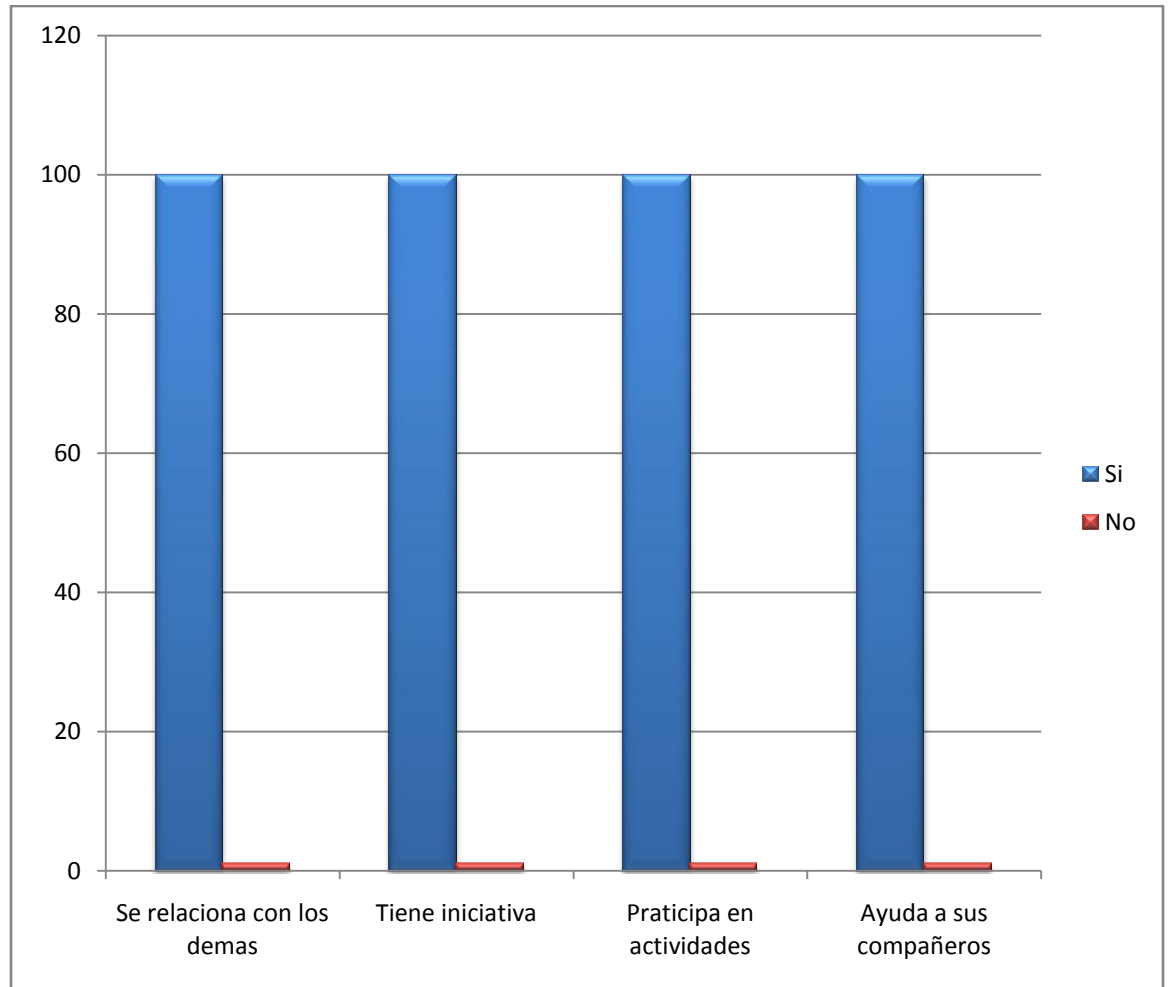
EVALUACIÓN INICIAL DEL ÁREA SOCIAL



Fuente: Cuadro N° 9

GRAFICA N° 9

EVALUACIÓN FINAL DEL ÁREA SOCIAL



Fuente: Cuadro N° 9

CUADRO N° 10

EVALUACIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL	EVALUACIÓN INICIAL				EVALUACIÓN FINAL			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
TRISTE	12	100			0	0	12	100
IRRITABLE	12	100			0	0	12	100
NEGATIVO	12	100			0	0	12	100
CANSADO	12	100			0	0	12	100
ALEGRE	0	0	12	100	12	100	0	0
DINÁMICO	0	0	12	100	12	100	0	0

Fuente: guía de observación y descripción del comportamiento ocupacional.

Análisis:

En el cuadro N° 10 se muestra el estado emocional objeto de estudio dando los mismos resultados en los diferentes ítems de los que este consta: triste, irritable, negativo, alegre, dinámico, con una resultado de 100% de dificultad al final todos los factores con dificultad pasaron a no serlo logrando un beneficio del 100% en los aspectos ya mencionados.

Interpretación:

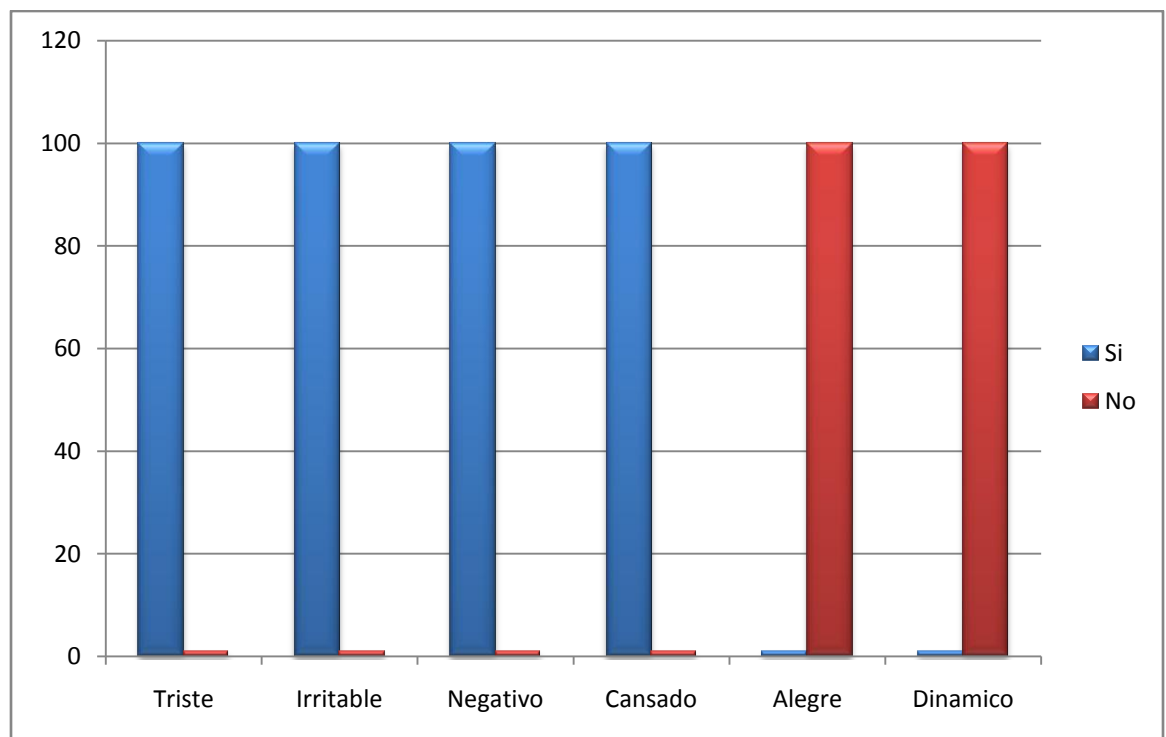
Como se nota al inicio gran parte de la población objeto de estudio presenta dificultad en su estado emocional debido a diferentes factores como lo

son enfermedades asociadas, sentirse olvidado, rechazado e incapaces de realizar algo útil.

Al finalizar la ejecución se contempló una mejoría notable de los pacientes objeto de estudio debido a la intervención de las modalidades del tratamiento como son: reuniones grupales, misas, rezos, dinámicas, charlas en común, convivios, ejercicios activos libres, técnicas de relajación, bailes, canto, estimulándoles con palabras de ánimo y optimismo al final de cada actividad, y orientación a como contralar las emociones.

GRAFICA N° 10

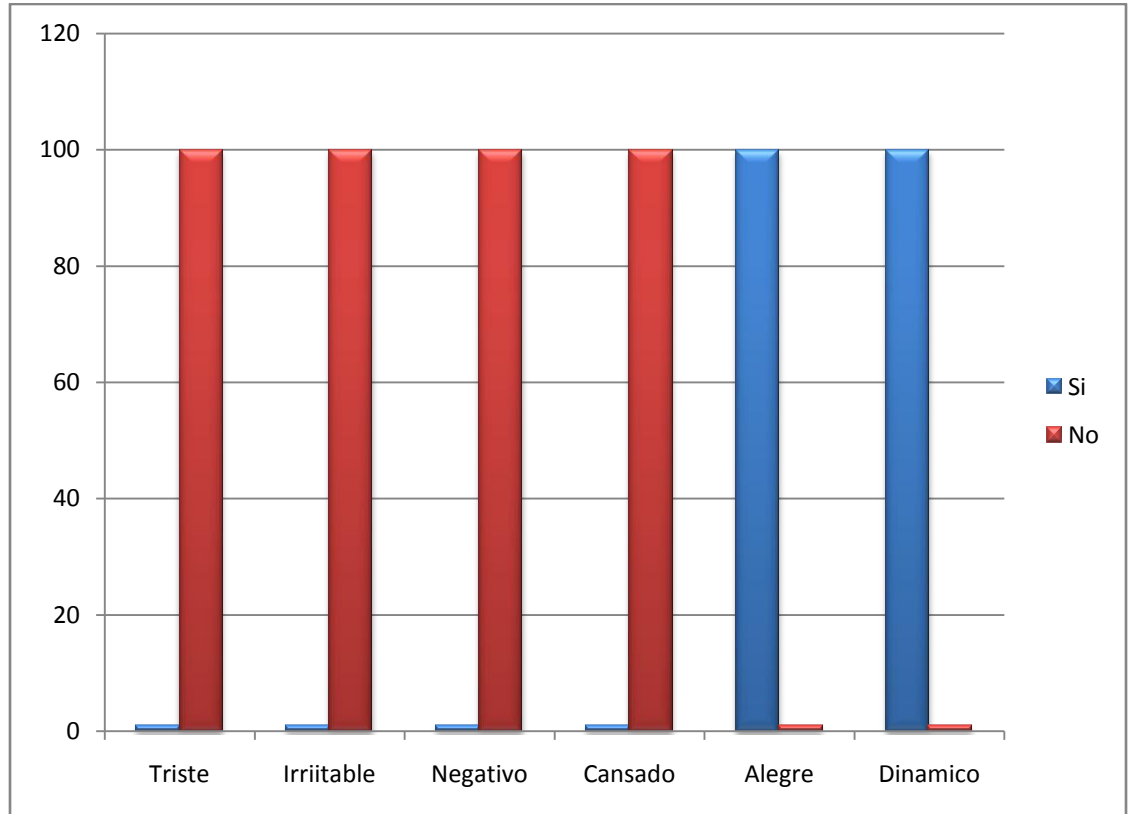
EVALUACIÓN INICIAL DEL ESTADO EMOCIONAL.



Fuente: Cuadro N° 10

GRAFICA N° 10

EVALUACIÓN FINAL DEL ESTADO EMOCIONAL



Fuente: Cuadro N° 10

5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Según los resultados el grupo investigador comprobó la siguiente hipótesis

HI: la Terapia Ocupacional si beneficia a los pacientes geriátricos con diagnostico de depresión.

Mediante los siguientes enunciados se acepta la hipótesis anterior:

Se estima los parámetros de las actividades de la vida diaria de la población objeto de estudio, durante la evaluación inicial de la ejecución se encontró que en arreglo personal un 75% de pacientes eran semidependiente, en aseo un 58%, debido a estas dificultades se aplicaron las diferentes ocupaciones como son: enseñanza y orientación para peinarse adecuadamente, abotonar y desabotonar y bajar cremalleras, Trabajos con mozote, ponerse y quitarse los el vestido, pantalón, camisa, calcetines y zapatos apropiadamente, al finalizar la ejecución estos datos mejoraron mediante la implementación de trabajos ya mencionadas logrando así una mayor independencia con porcentajes de 92% en transporte, un 83% en aseo y arreglo personal y un 100% en alimentación.

También se valoraron los problemas presentados en el área perceptiva con dificultades de regular con un 92% en prensiones finas, un 75% en posición en el espacio y prensiones gruesas un 83%, en coordinación óculo motriz, un 42% en constancia perceptual, y un 17% en percepción auditiva; logrando la mejoría de estas con: juegos de legos, juegos de mímica, dibujo y pintura, actividades manuales, plastilina, trabajos con objetos de diferentes

tamaños; dando como resultado al final de la practica los porcentajes de muy bueno con 100% en presiones gruesas, un 92% en posición en el espacio, un 67% en constancia perceptual y presiones finas, un 17% en coordinación óculo motriz quedando en bueno con un porcentaje de 83% en constancia perceptual y presiones finas; notándose que en percepción auditiva no hubo mejoría ya que se debe a trastornos orgánicos propios de la edad.

Al comienzo de la ejecución se evaluó el área cognitiva observándose un rango de dificultad regular en atención y concentración con un 75%, un 33% por ciento en memoria y capacidad de aprendizaje, un 58% por ciento en juicio, utilizándose las siguientes estrategias: lecturas breves, sumas simples, rompecabezas, juegos de ensamble, retroalimentación de imágenes comunes, acuarelas armar palabras, ordenar números; percibiéndose la mejoría de esta área con un porcentaje de muy bueno de 67% en atención, concentración, juicio, y capacidad de aprendizaje, un 50% por ciento en memoria, logrando así el objetivo planteado.

En la valoración inicial se observó que en apariencia general había grandes inconvenientes de 67% dramático y maquillaje exagerado, un 33% en olor inapropiado; por tal motivo se ayudo mediante consejos de cómo contralar el estado emocional, explicando el uso apropiado de instrumentos de higiene personal, dando un resultado final de una gran mejoría de 100% en los aspectos ya descritos anteriormente.

Al principio de las evaluaciones se observó inconvenientes en comportamiento físico de los diferentes aspectos tales como: relajado con un 75% apático 33%, incomodo y tics nerviosos un 17%, debido a estos comportamientos se realizó: convivios, charlas en común, dinámicas, técnicas de relajación; esta fueron de gran beneficios dando como resultados de 100% en relajado y tics nerviosos, ansioso, apático e incomodo.

Al inicio la actitud del paciente hacia el terapeuta era una gran dificultad en los aspectos como busca asistencia cuando es apropiado, busca la aprobación del terapeuta rechazo al terapeuta y no sigue instrucciones con un porcentaje de 100%; con la aplicación de las actividades como: técnicas de relajación, bailes, ganándonos y estimulándoles su confianza, apoyando los al realizar sus actividades, dándonos así un ambiente relajado y cómodo; logrando así en la evaluación final mejorar la actitud de estos en un 100% tanto en buscar asistencia, aprobación, seguir instrucciones y no rechazar al terapeuta.

En la valoración inicial área social se encontraban afectadas las relaciones con los demás, en iniciativa, participación, ayuda a compañeros con un porcentaje de 100%; aplicando las diferentes actividades de el tratamiento como: convivios, charlas en común, incentivos para participar, orientación para instruir a sus compañeros, actividades grupales, se logro así mejorar el área social con un alto porcentaje de 100% en todos los aspectos.

Al comienzo de la ejecución se observa el estado emocional con un mismo resultado de dificultad en los aspectos como: triste, irritable, negativo, cansado y dinámico con un porcentaje de 100%; debido a la aplicación del tratamiento con actividades como: reuniones grupales, charlas en común, convivios, ejercicios activos libres, técnicas de relajación y orientación para controlar sus emociones.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Según la tabulación, el análisis e interpretación de los resultados obtenidos; el grupo investigador llego a las siguientes conclusiones:

Según los datos obtenidos de la población en estudio el mayor rango de edad se encontraba en 71 y 75 años, con un 33%; seguida por el 25% entre las edades de 66-70.

El instrumento para diagnosticar la depresión se le administro a una población de 52 personas obteniendo los siguientes resultados: 50 personas con diagnostico de depresión pero solo 12 cumplieron con los criterios de inclusión como lo fueron: Ser hombre o mujer, Ser mayor de 60 años y menor 90 años de edad, Abuelos con depresión, Ancianos con depresión que deseen colaborar con la investigación, Pacientes que tengan habilidades motrices, Que estén internos en el asilo San Antonio-Casa de la Misericordia de la ciudad de San Miguel, Personas sin enfermedades incapacitantes.

Al inicio de la evaluación se observaron que la mayoría de los pacientes se encontraban en el nivel moderado de depresión con un 92%, al final de la ejecución la población queda en nivel leve de depresión con un 67%; y muy poco porcentaje en el nivel moderado con un 33%; quedando el nivel grave a 0%.

De 12 personas con diagnóstico de depresión 9 son de sexo femenino y 3 del sexo masculino; se les realizó evaluaciones en las actividades de la vida diaria en las que se observó que al inicio había problemas en las actividades de la vida diaria notándose mayor dificultad en arreglo personal con un 75%; y en aseo con un 58% al final de la ejecución la mejoría fue que en arreglo personal y aseo con un mismo porcentaje de 83%.

En el área perceptiva la mayor dificultad encontrada fue en presiones finas con un 92%; en presiones gruesas con un 75% lográndose la mejoría al final en presiones gruesas y finas con un 100%.

En el área cognitiva al inicio la memoria y atención presentaban un 75% de dificultad; al final la mejoría fue en un 100% en ambos aspectos.

En apariencia general se encontraban afectados dramático teatral; maquillaje exagerado con un 67%; logrando al final con un 100% en los dos.

En el comportamiento físico se observa que la relajación tenía un porcentaje de 75%; tenso e incomodo con un 83%; logrando una mejoría al final en relajado y cómodo con un 100%.

En la actitud del paciente frente al terapeuta se encontraba que los aspectos busca asistencia y aprobación; rechaza al terapeuta; y sigue instrucciones con dificultad; al final mejoran todas estas con un 100%.

En el área social se encontraban con problemas las relaciones con los demás, tiene iniciativa, participa en actividades y ayuda a sus compañeros, lográndose la mejoría en un 100%.

El estado emocional estaba con dificultad en los aspectos de triste, e irritable, negativo, cansado, al finalizar la ejecución se noto la mejoría con un 100%.

6.2 RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública Y Asistencia Social:

Abrir áreas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional en las diferentes áreas de salud a nivel nacional.

Creación de programas educacionales a la población sobre la depresión y como actuar frente a esta patología.

A los profesionales del área de Fisioterapia y Terapia Ocupacional:

Orientar a los estudiantes de la carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional hacer conciencia de los problemas emocionales que presentan los pacientes geriátricos.

Concientizar a los alumnos sobre los beneficios obtenidos con la aplicación de Terapia Ocupacional.

A los profesionales del área de Fisioterapia y Terapia Ocupacional que laboran en el Asilo San Antonio-Casa de la Misericordia.

A Que implementen más actividades de Terapia Ocupacional.

Comprendan y ayuden a los ancianos con dicho diagnóstico de depresión.

A la población en general

Que sean conscientes de las necesidades afectivas que presentan las personas geriátricas.

Dando siempre apoyo y no mostrar enojo cuando se cree que ya no son capaces de valerse de sí mismo.

7. BIBLIOGRAFIA

LIBROS

TORO G, Ricardo José, YEPES R, Luis Eduardo. ***Psiquiatría.*** Capitulo 11, tercera edición, especial editores, Medellín Colombia, año 1985, 662. Pág.

GARCIA HERNANDEZ, Misericordia. ***Enfermería geriátrica.*** Volumen 1, 2 edición, editorial el sevier, España, año 2003, 215. Pág.

JACKSON, Stanley W. ***Historia de la melancolía y la depresión.*** 1 edición, ediciones Turner Madrid, año 1986, 179. Pág.

PHILIP, Salomón. ***Manual de psiquiatría.*** Primera edición, Editorial el manual moderno, México D.F, 1976, 466. Pág.

HUGHES, Patricia L, Mullins, Linda. ***Manual de T.O en Psiquiatría.*** Primera edición, editorial Noriega Linusa, México D.F año 1990, 174. Pág.

MASIAS NUÑEZ, Juan F. ***Geriatría desde el principio.*** 2 edición, Editorial Glosa, España, año 2005, 543. Pág.

TROMBLY, Catherine Anne. ***Terapia ocupacional para personas incapacitadas físicamente.*** 1 edición, Ediciones científicas mexicanas, SA de CV México, año 1986, 671. Pág.

HOPKINS, Helen L., SMITH, Helen D. ***Terapia Ocupacional.*** 8 edición, Editorial Medica Panamericana, España, año 2001, 948. Pág.

LOPEZ, Juan J., ALIÑO, Ibor, VALDES MIYAR, Manuel. ***Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales.*** 1 edición, editorial Masson, España, año 2002, 1049. Pág.

NOMEN, Sartorius. **Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)**. 10 edición, editorial Española, España, año 1994, 424. Pág.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS.

Celia Antonini. “Respuestas a la depresión”. **Documento** disponible <http://www.respuestasaladepresion.com> (consultada el día 20 de marzo de 2010).

Jorge Omar Galván. “Que es la depresión”. **Documento** disponible en <http://www.psisquisnet.com> (consultada el día 20 de marzo de 2010).

Jesus Novo. “Que es la depresión”. **Documento** disponible en <http://www.fisterra.com> (consultada el día 25 de marzo de 2010).

Gloria Arankowsky. “Como se siente una persona con depresión”. **Documento** disponible en <http://www.depresion.uady.mx> (consultada el día 13 de mayo de 2010).

Luis Carlos Arranz Santamaría. “Es frecuente la depresión en el anciano”. **Documento** disponible en <http://www.saludalia.com> (consultada el día 3 de junio de 2010).

José Antonio López Trigo. “La depresión en el paciente anciano”. **Documento** disponible en <http://www.redadultosmayores.com.ar> (consultada el día 24 de junio de 2010).

Rosa Matilla Mora. “La depresión en el anciano”. **Documento** disponible en <http://www.mercaba.org> (consultada el día 25 de junio de 2010).

Luis maría Berrueta. “Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología”. **Documento** disponible en <http://www.revistatoq.com> (consultada el día 1 de julio de 2010).

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN CICLO I Y II AÑO ACADEMICO 2010

Nº	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				
1	Reunión general con la coordinadora del proceso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
2	Inscripción del proceso			X																																									
3	Elaboración del perfil de investigación				X	X	X																																						
4	Entrega del perfil de investigación					23 de abril de 2010																																							
5	Exposición oral del perfil de investigación									30 de abril de 2010																																			
6	Elaboración del protocolo de investigación									X	X	X	X	X	X	X																													
7	Entrega del protocolo de investigación																	18 de junio de 2010																											
8	Exposición oral del protocolo de investigación																	25 de junio de 2010																											
9	Ejecución de la investigación													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																				
10	Tabulación, análisis e interpretación de los datos																									X	X	X																	
11	Redacción del informe final																													X	X														
12	Entrega del informe final																													19 de noviembre de 2010															
13	Exposición oral de los resultados																													22 de noviembre al 10 de diciembre 2010															

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A EJECUTAR EN EL CICLO II 2,010

INVESTIGACION SOBRE: BENEFICIOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DEPRESION.

Nº	MES SEMANAS DIAS/ACTIVIDADES	JUNIO					JULIO					AGOSTO				SEPTIEMBRE												
		3			4		1		2		3		4		1		2		3		4		5					
		L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	J	V	J	V	J	V	J	V	J	V	J	V	J	V	J	V	J
1	Solicitud de permiso de ejecución a las autoridades de Asilo																											
2	Presentación con autoridades y personal del Asilo San. Antonio																											
3	Evaluación psicológica a población del Asilo san Antonio																											
4	Selección de la muestra																											
5	Presentación con pacientes y formulación de horarios y asistencia																											
6	Evaluación inicial de terapia física y ocupacional a paciente																											
7	Aplicación del tratamiento: Terapia Ocupacional																											
8	Evaluación final de terapia física y ocupacional a pacientes																											
9	Evaluación Psicológica final a pacientes																											
10	Convivió de despedida y agradecimiento																											

Actividades Generales



Ana Ruth Gámez



Rosario de la Paz Valencia García



ANEXO 3

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



ESCALA DE HAMILTON PARA LA CALIFICACIÓN DE LA
DEPRESIÓN, INTERNOS EN EL ASILO SAN ANTONIO-CASA DE
LA MISERICORDIA DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL.

Objetivo: conocer cuáles son las probabilidades de que los internos del Asilo San Antonio puedan presentar depresión y descubrir el nivel de esta.

Nombre del paciente _____

Fecha de la valoración _____

1. Estado de ánimo deprimido.

(Sensación de tristeza, desamparo, inutilidad, etc.)

0= Ausente.

1= Expresa estas sensaciones solamente al ser preguntado.

- 2= Expresa estas sensaciones espontáneamente de manera verbal.
- 3= Expresa estas sensaciones de manera no verbal (ej. por medio de la expresión facial, la postura la tendencia al llanto).
- 4= Expresa estas sensaciones de manera verbal y no verbal, de forma espontanea.

2. Sentimientos de culpabilidad.

- 0= Ausente.
- 1= Se culpa así mismo, siente que ha decepcionado a la gente.
- 2= Expresa estas sensaciones de manera no verbal.
- 3= La enfermedad actual es castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
- 4= Oye voces acusatorias o de denuncia y /o tiene alucinaciones visuales amenazadoras.

3. Suicidio.

- 0= Ausente.
- 1= Piensa que no vale la pena vivir la vida.
- 2= Desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de quitarse la vida.
- 3= Piensa o amenaza con la manera de suicidarse.
- 4= Intentos de suicidio (cualquier intento homicidio se clasifica en 4).

4. Insomnio al principio de la noche.

- 0= Ausente. No tiene dificultad para dormirse.
- 1= Se queja de que le cuesta dormirse algunas veces (por eje , tarda más de media hora al dormirse).
- 2= Se queja de que le cuesta dormirse siempre (por ejemplo tarda más de media hora en dormirse)

5. Insomnio durante la mitad de la noche.

0= Ausente.

1= Se queja de que esta inquieto durante la noche.

2= Está despierto durante la noche (si se levanta de la cama por cualquier razón se puntúa en dos, excepto si va al servicio).

6. Insomnio al final de la noche.

0= Ausente.

1= Se despierta a primera hora de la madrugada pero se vuelve a dormir.

2= Es incapaz de volver a dormirse se levanta de la cama

7. Trabajos y actividades.

0=No tiene dificultad.

1= Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajos o aficiones.

2= Perdida de interés en su actividad, trabajo o aficiones (directamente expresados por el paciente o indirectamente deducido por su desatención, indecisión o vacilación; siente que debe formarse en su trabajo o actividades).

3= Acortamiento del tiempo dedicado a actividades o disminución de la productividad.

4= Dejó de trabajar por la enfermedad actual.

8. Inhibición.

(Lentitud en el pensamiento y de lenguaje; pérdida de la capacidad de concentración, disminución de la capacidad motora).

- 0= Habla y piensa normalmente.
- 1= Ligera inhibición durante la entrevista.
- 2= Evidente inhibición durante la entrevista.
- 3= Entrevista larga y difícil.
- 4= Estupor (no habla ni piensa). Entrevista imposible.

9. Agitación.

- 0= Ausente.
- 1= No puede estar quieto.
- 2= Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3= Cambia constantemente de posición, no puede estar sentado.
- 4= Se frota las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde de los labios

10. Ansiedad psíquica.

- 0= Ausente.
- 1= Tensión subjetiva, irritabilidad.
- 2= Preocupación por cosas sin importancia.
- 3= Actitud aprensiva aparente en la cara y el lenguaje.
- 4= Expresa temor espontáneamente sin ser preguntado.

11. Ansiedad somática.

Signos fisiológicos concomitantes con la ansiedad, tales como gastrointestinales (boca seca flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos). Cardiovasculares (palpitaciones, cefalalgias;) respiratorios (hiperventilación, suspiros); frecuencia urinaria, sudoración.

- 0= Ausente.
- 1= Ligera.
- 2= Moderada.
- 3=Grave.
- 4=Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales.

- 0= Ausente.
- 1= Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que le insista.
Sensación de pesadez abdominal.
- 2= Dificultad para comer si no se le insiste. Solicita o requiere laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13. Síntomas somáticos generales.

- 0= Ausente.
- 1= Sensación de pesadez en las extremidades, espalda o cabeza.
Dorsalgias, cefalgías, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
- 2= Cualquier síntoma somático bien definido se puntúa 2.

14. Síntomas genitales.

- 0= Ausente.
- 1= Leve.
- 2=Grave

15. Hipocondría.

0= Ausente.

1= Está preocupado por las funciones corporales y por síntomas orgánicos.

2= Está muy preocupado porque piensa que tiene una enfermedad orgánica.

3= Está convencido de que tiene una enfermedad orgánica. Solicita ayuda exploraciones, etc.

4=Ideas delirantes hipocondriacas.

16. Conciencia de enfermedad.

0= Reconoce que está deprimido y enfermo.

1= Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas, como la mala alimentación, el clima, el exceso de trabajo, un virus, la necesidad de descanso, etc.

2= Niega que está enfermo.

17. Pérdida de peso.

(Completar A en la primera evaluación y B en las siguientes)

A.

0= No hay pérdida de peso.

1= Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.

2= Pérdida de peso conocida y expresada por el paciente

B.

0= No hay pérdida de peso o pérdida de peso inferior a 500g en una semana.

1= Pérdida de peso superior a 500g en la semana anterior.

2= Pérdida de peso superior a 1kg en la semana anterior.

ANEXO 4

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



EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA PACIENTES
CON DEPRESIÓN, INTERNOS EN EL ASILO SAN ANTONIO-CASA
DE LA MISERICORDIA DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL.

Objetivo: evaluar el grado de independencia y funcionalidad física de los pacientes internos en el Asilo.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

	I	S.D	D	TOTAL
Arreglo personal	_____	_____	_____	_____
Aseo	_____	_____	_____	_____
Alimentación	_____	_____	_____	_____
De ambulación	_____	_____	_____	_____

AREA PERCEPTIVA

	M	R	B	MB	TOTAL
Posición en el espacio	_____	_____	_____	_____	_____
Constancia perceptual	_____	_____	_____	_____	_____
Coordinación óculo- motriz	_____	_____	_____	_____	_____
Percepción auditiva	_____	_____	_____	_____	_____
Prensiones gruesas	_____	_____	_____	_____	_____
Prensiones finas	_____	_____	_____	_____	_____

ÁREA COGNITIVA

	M	R	B	MB	TOTAL
Atención	_____	_____	_____	_____	_____
Concentración	_____	_____	_____	_____	_____
Memoria	_____	_____	_____	_____	_____
Juicio	_____	_____	_____	_____	_____
Capacidad de aprendizaje	_____	_____	_____	_____	_____

ENFERMEDADES ASOCIADAS

	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
E.C.V	_____	_____	_____
Artritis	_____	_____	_____
Fracturas	_____	_____	_____
Problema de C.V	_____	_____	_____
Parkinson	_____	_____	_____
Problemas visual	_____	_____	_____
Problemas auditivos	_____	_____	_____

SECUELAS

	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Contracturas	_____	_____	_____
Anquilosis	_____	_____	_____
Luxación	_____	_____	_____
Deformidades	_____	_____	_____
Patrones patológicos	_____	_____	_____

I: independiente S.D: semi dependiente D: dependiente; M: malo R: regular B: bueno M.B: muy bueno.

ANEXO 5
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
LIC. EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL.



**GUIA PARA LA OBSERVACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL
COMPORTAMIENTO OCUPACIONAL DE LOS PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN INTERNOS EN EL ASILO SAN ANTONIO
DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL:**

Nombre de el paciente: _____ Edad: _____

Diagnostico: _____ Fecha de evaluación inicial:

Objetivo: Reconocer el grado del comportamiento físico y emocional del paciente objeto de estudio.

Indicaciones: Marque con una X la respuesta que dio el paciente.

Apariencia general:

El paciente se presenta dramático, teatral:

Si: ____ No: ____

Viste apropiada o inapropiadamente:

Si: ____ No: ____

Maquillaje o vestido exagerado:

Si: ____ No: ____

Su cabello esta despeinado:

Si: ____ No: ____

Su olor corporal es apropiado:

Si: ____ No: ____

Comportamiento físico:

El paciente se encuentra relajado o cómodo:

Si: ____ No: ____

El paciente se encuentra inquieto o hiperactivo:

Si: ____ No: ____

El paciente se presenta lento y apático:

Si: ____ No: ____

El paciente parece tenso e incomodo:

Si: ____ No: ____

El paciente presenta tics faciales o muecas:

Si: ____ No: ____

Estado emocional:

Durante el tratamiento el paciente se comporta:

Triste: Si: ____ No: ____

Irritable: Si: ____ No: ____

Negativo: Si: ____ No: ____

Cansado: Si: ____ No: ____

Alegre: Si: ____ No: ____

Dinámico: Si: ____ No: ____

Actitud del paciente hacia las terapeutas:

El paciente busca asistencia cuando es apropiado:

Si: ____ No: ____

El paciente busca la aprobación del terapeuta:

Si: ____ No: ____

El paciente rechaza al terapeuta:

Si: ____ No: ____

El paciente no sigue las instrucciones que le da el terapeuta:

Si: ____ No: ____

Área social:

Se relaciona con los demás pacientes:

Si: _____ No: ____

Tiene iniciativa:

Si: _____ No: ____

Participa en las actividades que se le ordenan:

Si: _____ No: ____

Ayuda a sus demás compañeros de grupo:

Si: _____ No: ____

Observaciones: _____

ANEXO 6

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA



Figura: (a)

POBLACIÓN EN ESTUDIO



Figura: (b)

ANEXO 7

EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL



Figura: (a)



Figura (b)

ANEXO 8

ENSEÑANZA DE TERAPIA OCUPACIONAL



Figura: (a)



ANEXO 9

EJERCICIOS ACTIVOS LIBRES



Figura: (a)

CONVIVIO



Figura: (b)

ANEXO 10

ACTIVIDADES RECREATIVAS



Figura: (a)

CREACIÓN DE SOMBREROS



Figura: (b)

ANEXO 11

REALIZACIÓN DE LÁMPARAS



Figura: (a)

ELABORACIÓN DE ANTIFACES



Figura: (b)

ANEXO 12

CREACIÓN DE CANASTAS DE PALETAS



Figura: (a)

PORTARRETRATOS DE PALETAS



Figura: (b)

ANEXO 13

FLORES DE FOAMY.



Figura: (a)

FLORES DE PAPEL CRESPÓN



Figura: (b)

ANEXO: 14

RECONOCIMIENTO DE FRUTAS Y VERDURAS.



Figura: (a)

GORROS DE PIÑATAS.



Figura: (b)

ANEXO 15

CREACIÓN DE FIGURAS DE FOAMY



Figura: (a)

CREACIÓN DE DEPÓSITOS DE SOBRE PARA BODA



Figura: (b)

ANEXO 16

TRABAJOS CON ROMPE ROMPECABEZAS



Figura: (a)

CREACIÓN DE BOLSAS PARA REGALO.



Figura: (b)

ANEXO 17

CREACIÓN DE ANTIFACES



Figura: (b)

CLAUSURA FINAL



Figura: (b)

ANEXO 18

ACTIVIDADES MANUALES CREADAS DURANTE LA EJECUCIÓN.



Figura: (a)



Figura: (b)

ANEXO 19

MANUALIDADES REALIZADAS DURANTE LA EJECUCIÓN.



Figura: (a)



Figura: (b)

ANEXO 20

MANUALIDADES REALIZADAS DURANTE LA EJECUCIÓN



Figura: (a)



Figura: (b)