

**La importancia de la intervención
de la Terapia Ocupacional en
ancianos que residen en un
geriátrico para mejorar
su calidad de vida.**



Alumno: Campero Bichara, María de la Paz

Director de tesis: Zenklusen, Vanina

Asesor metodológico: Aymat, Ana C.

Yerba Buena, 2018

Universidad: Santo Tomás de Aquino

Facultad: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Terapia Ocupacional

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, lugar que me cobijó durante el cursado y finalización de mis estudios.

Muchas gracias a la directora de la carrera de Terapia Ocupacional, Ada Pucheta, por su apoyo e incondicionalidad. Gracias por estimularme y darme seguridad para seguir adelante y no estancarme en el camino.

Agradezco a los profesores de la carrera, mis grandes maestros, que me brindaron todos sus conocimientos a lo largo de estos años y me transmitieron con vocación y compromiso, la responsabilidad y amor a la profesión.

Gracias a mi directora de tesis, Vanina Zenklusen, que me acompañó y guió en todo el proceso de elaboración del trabajo, entregándome de manera desinteresada su tiempo y saber y ayudándome a plasmar en cada hoja, la importancia de la temática de la tesis, de manera clara y responsable.

Mi agradecimiento a mi asesor metodológico, Ana Carolina Aymat, por su asesoramiento, paciencia y por aclarar siempre mis dudas. Valoro muchísimo cada minuto que dispuso para ayudarme y hacer que cada lunes de consulta sea un espacio de claridad para seguir encaminada.

A Nené, la mejor maestra que Terapia Ocupacional me regaló fuera del ámbito académico, un millón de gracias. Un ejemplo de persona y como profesional. Solo palabras de agradecimiento y admiración hacia ella.

Mi reconocimiento al directorio y personal del Geriátrico San Nicolás, por abrir sus puertas y permitirme llevar a cabo mi estudio con total libertad. Gracias Gachi y Camila por ayudarme en el proceso de evaluación para obtener datos ricos y conocer desde otro lugar a los abuelos.

A mi familia, infinitas gracias! Viejos nada de esto hubiese sido posible sin ustedes. Gracias por su apoyo incondicional y por confiar en mí desde el minuto cero. Gus, mi pareja y

compañero de vida, eternamente agradecida con vos. Fuiste y sos mi sostén, mi faro. Gracias por haberme dado paz, tranquilidad y seguridad hasta en los momentos más difíciles.

Gracias a mi cuñado Augusto, que me ayudó con la parte de diseño y formato del trabajo, entendiendo y respetando mis gustos sin alterar la temática y el sentido de la tesis.

Gracias a Luciana, mi gran amiga que me regaló la vida. Tu ayuda, asesoramiento y aportes en este trabajo fueron primordiales. Tantas horas de desvelo, dolores de cabeza y “catarsis”, ahora se ven plasmados, y de la mejor manera, en la tesis. Hay mucho de vos aquí y eso me colma de felicidad.

Gracias a mis compañeras y amigas de la facultad, por regalarme tantas vivencias y experiencias únicas en la carrera. Gabi y Lu, maravillosas personas y amigas de fierro, sin ustedes el cursado no hubiese sido igual. Qué lindo fue caminar con ustedes y seguir encontrándonos, desde otro lugar, pero con el cariño de siempre.

A mis amigos/as del colegio y de la vida, muchísimas gracias!! Fueron y son una pieza muy importante de mi vida y sin ustedes tampoco nada de esto habría sido posible.

Contenido

Agradecimientos.....	0
Resumen.....	4
Introducción	5

CAPÍTULO I	¡Error! Marcador no definido.
Planteamiento del problema	¡Error! Marcador no definido.
1. Problema de investigación	8
1.1 Objetivos de investigación.....	8
1.2 Interrogantes de investigación	8
1.3 Justificación del estudio.....	8
CAPÍTULO II	¡Error! Marcador no definido.
Marco teórico	¡Error! Marcador no definido.
2.1 Antecedentes de investigación.....	10
2.2 Marco conceptual.....	17
2.2.1 Terapia Ocupacional.....	17
2.2.2 La Terapia Ocupacional en geriatría	17
2.2.3 Ocupación	19
2.2.3.1 La ocupación en la vejez.	20
2.2.3.2 Área de actividades de la vida diaria.	22
2.2.3.2.1 Higiene personal y aseo.	22
2.2.3.2.2 Vestido.	22
2.2.3.2.3 Comer.	23
2.2.3.2.4 Alimentación.	24
2.2.3.3 Movilidad funcional.	24
2.2.3.4 Área de actividades instrumentales de la vida diaria.	25
2.2.3.4.1 Manejo del dinero.	25
2.2.3.5 Ocio y tiempo libre.....	25
2.2.3.5.1 Intervención ocupacional en el ocio.	27
2.2.3.6 Funciones cognitivas.	28
2.2.3.7 Estado emocional.....	29
2.2.4 La vejez.....	30
2.2.5 Calidad de vida	32
2.2.6 Calidad de vida en la vejez	32
CAPÍTULO III	¡Error! Marcador no definido.
Marco metodológico	¡Error! Marcador no definido.
3. Metodología	36
3.1 Tipo de estudio	36

3.2 Hipótesis de investigación.....	36
3.3 Variables	36
3.4 Tipo de diseño.....	41
3.5 Población.....	41
3.6 Presentación de instrumentos	41
3.7 Consideraciones éticas	42
CAPÍTULO IV	¡Error! Marcador no definido.
Análisis de datos.....	¡Error! Marcador no definido.
4. Gráficos y análisis	46
CAPÍTULO V	¡Error! Marcador no definido.
Discusión, conclusiones y propuestas	¡Error! Marcador no definido.
5.1 Discusión	59
5.2 Conclusión	61
5.3 Propuestas.....	63
Anexos	66

Resumen

La calidad de vida en la vejez, es tomada como un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos. Incluye diversos ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivas y otorga un peso específico para cada uno de los abuelos, los que pueden ser considerados más importantes para unos que para otros.

La terapia ocupacional, ligada a la geriatría, utiliza la ocupación como medio terapéutico para mejorar la situación funcional de las personas mayores.

El presente estudio pretende medir y recoger información significativa. El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de la intervención de la Terapia Ocupacional para la mejora de la **calidad de vida**, a través del análisis de las diferentes dimensiones que contribuyen a la misma, en personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán.

Para llevar a cabo la recolección de datos se diseñó un cuestionario semiestructurado con todos los aspectos que se pretenden estudiar. Se tomaron instrumentos estandarizados que evalúen las diferentes dimensiones que hacen a la calidad de vida, como ser: Test de Pfeiffer (examen del deterioro cognitivo), Índice de Barthel y de Katz (autonomía y valoración de las actividades de la vida diaria básicas), Escala de Lawton y Brody (escala de actividad instrumental de la vida diaria) y por último FIM (medida de independencia funcional), adaptándolos al objeto del presente estudio.

Introducción

La OMS define a la calidad de vida como "la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses."

El envejecimiento es un proceso de crecimiento, estructurado en torno al tiempo y marcado por cambios biológicos, psicológicos y sociales. Lo social lo influye, lo determina en importante grado y forma parte de lo multifactorial del proceso.

El alcanzar una mejor calidad de vida, irá a su vez permitiendo un buen envejecer.

La función de la Terapia Ocupacional ligada a la geriatría analiza, evalúa, gradúa y adapta las actividades de la vida diaria para facilitar la autonomía de las personas mayores, herramienta esencial para mejorar su salud y calidad de vida. Colabora en la promoción de estilos de vida saludables, el buen uso del tiempo, la prevención de riesgos y el fomento de una vida activa que permita entrenar diariamente las capacidades cognitivas y físicas.

A partir del material propuesto, se buscará explicar la importancia de la intervención de Terapia Ocupacional en personas que residen en un geriátrico, como así también caracterizar la calidad de vida, e identificar si existen áreas más comprometidas que requieran la aplicación de dicha disciplina.

CAPÍTULO I

Planteamiento del problema



{ Y si fuego es lo que arde en los
ojos de los jóvenes, luz es lo
que vemos en los ojos del anciano. }

-Victor Hugo-

1. Problema de investigación

1.1 Objetivos de investigación

General: destacar la importancia de la intervención de la Terapia Ocupacional para la mejora de la **calidad de vida**, a través del análisis de las diferentes dimensiones que contribuyen a la misma, en personas que residen en un geriátrico.

Específicos:

1. Caracterizar las distintas dimensiones que contribuyen a la calidad de vida en personas mayores que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán.
2. Identificar, según la caracterización anterior las áreas más afectadas que requieran mayor intervención de la Terapia Ocupacional.

1.2 Interrogantes de investigación

1. ¿Cuáles son los aspectos que hacen a la calidad de vida de personas que residen en un geriátrico?
2. ¿Existe algún área donde la Terapia Ocupacional suponga mayor intervención?

1.3 Justificación del estudio

Como primera medida, resulta importante identificar los aspectos o características que hacen a la calidad de vida del adulto mayor, teniendo en cuenta el contexto y el lugar donde reside. Por medio de la aplicación de un cuestionario y tomando como población los residentes de un geriátrico, se obtendrá información acerca de sus intereses, ocupaciones y capacidades para desenvolverse en su vida cotidiana.

Una vez recolectado los datos, se buscará determinar las áreas que se encuentran más afectadas y que requieren mayor intervención de la Terapia Ocupacional.

Desde esta disciplina y a partir de lo anteriormente dicho, se podrá trabajar en los aspectos frágiles de la vida de cada persona, optimizando sus capacidades, para mejorar su desempeño.

CAPÍTULO II

Marco teórico



**La vejez no es cuanto años
tienes sino cómo te sientes.**

-Gabriel García Márquez-

2.1 Antecedentes de investigación

I. Revista electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 8 N°3. Diciembre del 2005

Se realiza una sistematización de la información existente acerca del tema de calidad de vida, señalándose los diferentes enfoques y dimensiones de este concepto. Se resalta la determinación socio-histórica, así como la interrelación entre lo social y lo psicológico, en especial la importancia de la valoración personal. Se analizan los componentes e indicadores y determinantes de la calidad de vida en la tercera edad, entre ellos: los problemas económicos, la salud percibida, la disponibilidad de apoyo social y familiar, la expectativa de futuro, la valoración del entorno, la percepción de utilidad, las habilidades funcionales, la utilización del tiempo y la satisfacción de la vida.

II. <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/atotonilco/n7/e3.html>

Los adultos mayores conforme a la edad, van produciendo pérdidas físicas, sociales o emocionales, que pueden, con el tiempo, afectar la capacidad para desenvolverse en forma independiente y afectar directamente la calidad de vida.

Es por ello que se llevó a cabo desde el área de Terapia Ocupacional el taller “Feliz como una lombriz” impartido a los adultos mayores del centro gerontológico de Tula Hidalgo durante el periodo marzo - junio 2016.

Los resultados finales fueron favorables puesto que en el pretest los porcentajes son muy altos en los adultos mayores, en cuanto a su estado emocional negativo, prevalece mucho el estrés, la soledad, la tristeza, la ansiedad y sobre todo la depresión, ya que, por medio de los colores, los pudimos evaluar y percatar que existe una problemática en su naturaleza de emociones encontradas en ellos.

Una vez que se retroalimentaron habilidades y actividades lúdicas como: agilidad, movilidad articular, atención, cooperación, clima psicológico favorable entre los adultos, equilibrio, coordinación, comunicación, negociación, empatía, toma de perspectiva, toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento crítico, autopercepción, autoevaluación, capacidad de aprender por cuenta propia, creatividad, tomar decisiones, trabajo en equipo, cultura de calidad, buena comunicación oral y escrita, su nivel de ansiedad bajó consideradamente durante y después del taller “Feliz como una Lombriz”, observado en el Postest, aplicado con el Inventario de Autoevaluación IDARE (Inventario De Ansiedad, Estado – Rasgo) demostrando a su vez el mejoramiento de capacidades físicas, psicológicas y sociales como lo son: el desarrollo personal, integración comunitaria, animarse a realizar nuevas actividades, aumentar la vitalidad e influir positivamente en los cambios de humor, mejorar condiciones individuales para afrontar el malestar físico y mental, fortalecer la autoestima, generar nuevas oportunidades para aprender y desarrollar nuevas habilidades, salida del aislamiento y los sentimientos a él asociados, renovar la valoración de las propias experiencias de la vida pasada, promover la reintegración, facilitar la amistad con personas más jóvenes, confianza y principalmente una vez llevado a cabo esto, el sentimiento de incompetencia desaparece.

III. <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1993/vol2/arti7.htm>

El concepto de calidad de vida (CV) está jugando un importante papel en el área de servicios sociales y, más particularmente, en la atención a la vejez. La mayor parte de las conceptualizaciones se basan en el juicio de expertos; pero, CV es también una expresión común usada por la gente mayor cuando se refiere a su propia vida. De todo ello podía derivarse un concepto "popular" de calidad de vida. Con el fin de contrastar el concepto teórico con un concepto popular de CV, en sus distintos componentes, se ha realizado un estudio exploratorio con una muestra de doscientas cinco personas mayores de 65 años. Los resultados ponen de

manifiesto una gran similitud entre el concepto teórico y el popular de calidad de vida. Además se presentan algunos datos sobre el cumplimiento de los aspectos más relevantes de la calidad de vida en los sujetos de la muestra. Finalmente, un análisis factorial contrasta la similitud estructural de ambas conceptualizaciones.

IV. <http://www.redalyc.org/pdf/967/96713107.pdf>

La presente investigación explora la relación entre los distintos factores asociados a la salud mental y el bienestar subjetivo en el adulto mayor. Específicamente, considera bienestar subjetivo, edad, depresión, salud percibida, apoyo social percibido, género y nivel socioeconómico. El análisis bivariado arroja correlaciones significativas entre bienestar subjetivo y depresión ($r = -0.634$), apoyo social percibido y bienestar subjetivo ($r = 0.665$) y bienestar subjetivo y salud percibida ($r = 0.278$). También aparecen como significativas las correlaciones entre salud percibida y depresión ($r = -0.454$), depresión y apoyo social percibido ($r = -0.601$) y entre salud percibida y apoyo social percibido ($r = 0.305$). En el análisis de regresión lineal múltiple, el bienestar subjetivo está determinado principalmente por apoyo social percibido, género y por la ausencia de depresión.

V. <https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/4080/Lecot.pdf?sequence=1>

Verónica M. Barrientos Cárdenas, Tamara M. Fiedler Bastidas y Alejandra P. Godoy Coronao de la Universidad Austral de Chile, realizaron una investigación en el año 2011 titulada “Estudio comparativo de percepción de calidad de vida entre adultos mayores de Valdivia que participan y no participan en las actividades de ocio y tiempo libre”. Este estudio realiza una comparación entre las diferencias que existen en la percepción de la calidad de vida que presentan los adultos mayores que participan de talleres de ocio y tiempo libre y aquellos que no participan de ninguna actividad. La investigación se llevó a cabo a partir de un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo,

transversal, comparativo y prospectivo. Se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) (Espinoza, I., Osorio P., Torrejón M. J., Carrasco R. & Bunout D., 2011) y una encuesta biogeográfica. Las muestras fueron dos grupos de 40 personas de 60 años hasta los 85, de ambos sexos. Uno de ellos participaba de actividades de ocio y tiempo libre y el otro no participaba de ningún tipo de actividad. Se pidió un requisito en particular, que todos los participantes de la investigación Calidad de vida en adultos mayores que participan de talleres de UPAMI Lic. en Psicología Julieta Lecot¹³ de 81 mantengan sus capacidades cognitivas conservadas. Los resultados que se obtuvieron demostraron que los adultos mayores que realizan actividades de ocio y tiempo libre perciben una mejor calidad de vida que los que no realizan ningún tipo de actividad de ocio. El primer grupo refiere estar en un 60% bastante o muy satisfecho con su calidad de vida, mientras que el segundo grupo refiere estar en un 50% satisfecho lo normal con la calidad de su vida (Barrientos Cárdenas, V. M., Fiedler Bastidas T. M., & Godoy Coronao A. P., 2011).

VI. <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Christian-Oswaldo-Acosta-Quiroz.pdf>

El presente estudio “Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales” tuvo como objetivo obtener una muestra de ejemplos de actividades recreativas mentales, recreativas físicas, sociales, de independencia y de protección a la salud, para la propuesta inicial de un inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores, esto a través del desarrollo de dos grupos focales de ancianos organizados alrededor del tema de actividades cotidianas. Los resultados reflejan una amplia variedad de actividades en la vida diaria en los participantes, consecuencia de la heterogeneidad en el proceso del envejecimiento y establecen las bases para estudios posteriores sobre mecanismos de adaptación en adultos

mayores ante los cambios asociados en la vejez, donde se atiendan las necesidades que exige este sector de la población.

Las AVD son un elemento clave para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los adultos mayores (Acosta, 2009) y se refieren a un conjunto de tareas cotidianas comunes que se necesitan para el autocuidado personal y una vida independiente. Los tipos de actividades que desempeñan los ancianos en el tiempo libre son numerosos dependiendo del dinero, la salud, la capacidad de moverse y las preferencias personales del individuo. Algunas de las actividades más populares para ocupar el tiempo libre en la vejez son practicar la jardinería o la lectura, ver la televisión, observar acontecimientos deportivos, participar en actividades sociales, visitar amigos y familiares, pasear y poner interés en sucesos educacionales y creativos (Horgas y cols., 1998).

En el estudio participaron ocho adultos mayores del grupo “Eterna Juventud”, en Tlalnepantla, Estado de México, y quince del Centro de Seguridad Social del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Navajo. Se utilizó una guía de temáticas-preguntas en ambos grupos focales, papel y lápiz para la redacción de las relatorías, una cámara de video y comestibles para los participantes durante el tiempo de receso de los grupos. Hubo un moderador y tres relatores; se aplicó la guía de temáticas-preguntas, que consistió en nueve preguntas. Las primeras tres fueron meramente introductorias y la última fue de cierre; en ese sentido, los cuestionamientos medulares fueron de la pregunta 4 a la 8. Estas cinco preguntas se basaron en las dimensiones de la versión breve del Instrumento de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC Breve) (González-Celis, 2002; González-Celis y Martínez, 2009; Rodríguez y Pérez, 2006). Las nueve preguntas fueron:

1. ¿En qué aspectos positivos ha cambiado su vida por haber llegado a la vejez?

2. ¿En qué aspectos negativos ha cambiado su vida por haber llegado a la vejez?
3. ¿En qué aspectos de su vida le gustaría recibir el apoyo de un psicólogo?
4. ¿Qué actividades de independencia lleva a cabo usted? (actividades que puede hacer solo sin la ayuda de otra persona).
5. ¿Qué actividades recreativas mentales lleva a cabo usted? (actividades de diversión que no implican esfuerzo o desgaste físico).
6. ¿Qué actividades recreativas físicas lleva a cabo usted? (actividades de diversión que implican esfuerzo o desgaste físico).
7. ¿Qué actividades sociales lleva a cabo usted? (actividades donde participan dos o más personas y hay contacto social).
8. ¿Qué actividades de protección a la salud lleva a cabo usted? (actividades donde la persona protege y cuida su salud).
9. ¿Qué aspectos o cosas le hacen sentirse satisfecho(a) con su vida actual como adulto mayor de 60 años?

A través de los grupos focales organizados alrededor del tema de AVD en los adultos mayores y específicamente en las primeras dos preguntas, se obtuvieron respuestas de los participantes tales como las siguientes: • “Trato de ser amable con todos”. • “Pienso siempre en estar activo, no sólo estar sentado, y seguir adelante”. • “Las cosas han cambiado, pero es importante seguir barriendo, preparar cosas, convivir, poder moverse”. • “También está la inactividad, ya que cuesta trabajo trasladarse de un lugar a otro pues algunos ya no podemos caminar bien”. • “Hay más falta de respeto por parte de los niños y de adultos; ya no es la misma vida de antes”.

Con respecto a la tercera pregunta, se obtuvieron las siguientes respuestas por parte de los participantes: • “Para que nos oriente a través de la vida, para portarnos bien, porque luego nos

cuesta tener buen comportamiento”. • “Es provechoso; a nuestra edad nos ayuda mucho una plática con el psicólogo”. • “Para saber más adelante cómo vamos a vivir, para salir adelante”. • “Nuestros días son contados”. • “Que viniera un psicólogo para que nos diera orientación en la vida”. • “Cuando alguien fallece del grupo, para que nos ayude a recuperarnos emocionalmente. Para cuando se pierde un familiar”.

En las preguntas 4 a la 8 se registraron en una lista todos aquellos ejemplos de AVD que fueron proporcionados por los participantes: actividades de independencia: lavar ropa, ir de compras, lavar trastos, asear su habitación, cocinar, barrer, planchar ropa. Actividades recreativas mentales: ver televisión, leer, jugar juegos de mesa, hacer manualidades, pintar, dibujar o iluminar, hacer yoga, coser o bordar, ir al cine. Actividades recreativas físicas: hacer ejercicio, bailar o cantar, hacer jardinería, salir de viaje, jugar con niños, hacer reparaciones domésticas, jugar béisbol, nadar, pasear caminando. Actividades sociales: ir a fiestas, ir a la iglesia, platicar con familiares, platicar con vecinos o amigos, hablar por teléfono con familiares o amigos, convivir en grupos de AM, cuidar enfermos. Actividades de protección a la salud: ir al médico, comer fruta, verdura, pan, pescado, etc., tomar medicamentos, hacer siesta, ir al dentista. Y finalmente, con respecto a la última pregunta, las respuestas de los participantes fueron las siguientes:

“Hacer cosas, hacer de comer, salir al mercado”. • “La experiencia. Nos sentimos felices por haber llegado a esta edad; está bien llegar a esta edad y no sentir ningún achaque”. • “Cuando vienen todos nuestros compañeros nos ponemos felices, que nos visiten y que nos hagan de comer”. • “Venir aquí, porque da depresión si está uno encerrado; nos distraemos mucho cuando venimos”. • “Nos valemos por nosotros mismos; todavía podemos servir”.

2.2 Marco conceptual

2.2.1 Terapia Ocupacional

Según la Asociación Terapistas Ocupacionales Tucumán (ATOTUC), quien adhiere a la definición de Terapia Ocupacional publicada por la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional (AATO) en el año 2013:

“La Terapia Ocupacional (T.O.) es una profesión que interviene en los ámbitos sanitario, educativo, laboral, judicial y social-comunitario. Sus profesionales brindan servicios a personas de diferentes grupos etarios que, al presentar situaciones de estrés, enfermedad, discapacidad y/o disfunciones ven afectado su desempeño ocupacional, su calidad de vida, y por consiguiente su salud integral. Esas personas requieren de la atención especializada a fin de desarrollar destrezas, habilidades y capacidades que les posibiliten reposicionarse ante nuevas situaciones, mejorar su capacidad funcional, la calidad de vida y alcanzar el máximo grado de autonomía personal.

El instrumento de intervención de la Terapia Ocupacional son las ocupaciones y actividades que realizan todos los seres humanos a lo largo de sus vidas desde que nacen hasta el final de la misma. Éstas implican tanto aquellas que aprendemos y nos son transmitidas a través de las relaciones vinculares y de la cultura como: las actividades básicas de la vida diaria (higiene, arreglo personal, etc.), actividades instrumentales de la vida diaria (manejo de dinero, transporte, etc.), ocio, juego, trabajo, educacional, participación social y tiempo libre.

Los servicios provistos por los terapeutas ocupacionales incluyen: consultas, evaluación, educación, la promoción de la salud, la intervención didáctica, la adaptación del entorno (hogar, trabajo, etc.), la prescripción de equipamiento adaptado de ayuda y el acompañamiento de la familia y los cuidadores en el sistema sanitario y social”.

2.2.2 La Terapia Ocupacional en geriatría

La Terapia Ocupacional, ligada a la geriatría, utiliza la ocupación como medio terapéutico para mejorar la situación funcional de las personas mayores.

El término ocupación hace referencia a todo el conjunto de las actividades que llenan el tiempo de las personas y que aportan significado e identidad a sus vidas. El objetivo de la Terapia Ocupacional es mejorar la salud y la calidad de vida, a través de la participación en aquellas ocupaciones que la persona seleccione por considerarlas importantes en su vida. Inicia, genera o recupera actividades de la vida diaria que favorecen la funcionalidad y mejoran la salud. Las áreas ocupacionales en las que interviene son: actividades de la vida diaria básicas, instrumentales, de descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social.

Por medio de la Terapia Ocupacional se ayuda al adulto mayor a mejorar y recuperar diferentes habilidades y destrezas que creían perdidas, logrando reanudar y ejecutar la independencia de las actividades de la vida diaria y fortaleciendo las funciones mediante dinámicas y actividades grupales, aumentando su autoestima y favoreciendo su integración en la sociedad.

En el anciano la ocupación es fundamental, no solamente por entretenimiento y distracción, si no como garantía para conservar el nivel de salud. Si consideramos la vejez como una etapa más del desarrollo evolutivo de la persona, el terapeuta ocupacional, juega un interesante papel en la evitación de un rápido e irreversible deterioro físico y psíquico.

La Terapia Ocupacional concibe a la persona mayor como miembro activo y participativo de la sociedad en el ámbito social, cultural y espiritual. Su objetivo es el de mejorar su calidad de vida, mediante la optimización de las capacidades para realizar actividades de la vida diaria y de sus funciones en el hogar y su comunidad. Puede beneficiar a las personas mayores con discapacidad física o disfunción social, promueve la recuperación funcional suficiente para poder

seguir viviendo en su domicilio de forma independiente (si fuera necesaria la institucionalización, también mejora la funcionalidad e independencia), proporciona estrategias para mejorar sus capacidades (por ejemplo, que le permitan continuar con sus actividades de ocio) y reduce el riesgo de aislamiento social (manteniendo actividades sociales y fomentando nuevas actividades de interés).

Si existe algún nivel de dependencia, esta profesión actúa como un puente entre la realidad biomédica de la persona y su cotidianeidad. Como parte del equipo de salud, a los/as terapeutas ocupacionales les interesa conocer de qué manera la enfermedad impacta, o podría hacerlo, en la capacidad de la persona para realizar las actividades que le son significativas y le permiten configurar su rutina y ejercer los roles en los que se ha involucrado durante su vida. A partir de esto, la Terapia Ocupacional busca el desarrollo de otras habilidades en la persona, la potencialización de capacidades remanentes y/o la adaptación de los ambientes físicos y sociales en los que se desenvuelve, a fin de lograr mayor autonomía y satisfacción, tanto del individuo como de su familia, transformando de este modo el día a día en una potencial fuente de mantención y apoyo a la salud.

Teniendo la Terapia Ocupacional un compromiso continuado con la actividad con propósito a lo largo de todo el ciclo vital de la persona, puede contribuir, de forma preventiva, en unión de otros profesionales, a la satisfacción vital de la persona mayor, difundiendo y promoviendo actitudes y comportamientos positivos para afrontar la etapa que nos ocupa. Asimismo, promover el cambio de estereotipos sociales, en torno a la vejez, por los mismos ancianos y estimulando una mayor participación social en la comunidad.

2.2.3 Ocupación

Se entiende por ocupación al grupo de actividades que tiene un significado personal y sociocultural para las personas. La ocupación está determinada por la cultura y promueve la participación en la sociedad.

Se trata del término esencial de la Terapia Ocupacional. Toda teoría desarrollada gira alrededor del estudio de la ocupación y su relación con la salud del ser humano. Su importancia es tal, que su uso como herramienta terapéutica para modificar el estado de salud, es el elemento que nos distingue claramente del resto de disciplinas rehabilitadoras.

La ocupación juega un papel clave en la salud de los seres humanos, ya que somos únicos en cuanto a que hemos desarrollado un conjunto complejo y extenso de cosas para hacer (esta intensa necesidad para hacer cosas es únicamente humana)

Incluye un contexto personal, espacial y temporal, y un entorno donde ésta tiene lugar, y a través de ella el ser humano crece, se desarrolla, se conoce y construye su identidad personal y social.

La privación de la posibilidad de desarrollar satisfactoriamente ocupaciones amenaza la salud mental y física de las personas. Cuando la enfermedad, el trauma u otros factores alteran la participación en la ocupación, la falta de capacidad funcional puede originar una mayor patología.

2.2.3.1 La ocupación en la vejez.

El colectivo de las personas mayores es una parte de la población especialmente sensible a la disfunción ocupacional. Esta pérdida en la capacidad para desempeñar ocupaciones en la persona anciana presenta algunas particularidades que las distingue de otras etapas vitales.

En primer lugar, el proceso de envejecimiento conlleva, a su vez, a la aparición de una fragilidad ocasionada por la disminución de la reserva fisiológica del organismo y los cambios en

los sistemas anatomofisiológicos, que es suficiente para provocar un principio de deterioro funcional, que si progresa lleva a la persona a una situación de vulnerabilidad que requiere la utilización de servicios sociosanitarios. Si estas necesidades no son cubiertas, se produce la dependencia, que, más tarde, puede llevar a la institucionalización y, finalmente, al fallecimiento.

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

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

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

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

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

2.2.3.2 Área de actividades de la vida diaria.

2.2.3.2.1 Higiene personal y aseo.

La actividad de higiene personal y aseo es complementaria a la actividad de baño. Su frecuencia diaria es mayor que la del baño y está más relacionada con la apariencia externa. Requiere movimientos más finos y precisos a nivel de miembros superiores y demanda la utilización de más objetos que los utilizados en el baño. La actividad de aseo incluye tomar y usar los objetos para llevar a cabo el aseo; afeitado (utilización de cuchillas, pinzas, lociones, etc.); aplicar y limpiar productos cosméticos (lavar, secar, combinar, estilizar, cepillar y adornarse el pelo); cuidado de las uñas (de las manos y los pies); cuidado de la piel, orejas, ojos y nariz (aplicación de desodorante); limpieza de la boca (cepillado y uso de hilo dental); colocar y limpiar ortesis y prótesis dentales.

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

2.2.3.2.2 Vestido.

Esta actividad personal de la vida diaria hace referencia a la capacidad de la persona mayor para seleccionar la ropa y los accesorios apropiados para el momento del día en el que se encuentra, el clima y la ocasión. Incluye también que la persona mayor obtenga ropa en un

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

2.2.3.2.3 Comer.

En el contexto de esta actividad, el terapeuta ocupacional valora e interviene en la habilidad que tiene la persona mayor para mantener y manipular comida y líquido en la boca y tragarlo posteriormente. La disfagia es un trastorno frecuente en la población anciana. Esta alteración de la deglución está presente entre el 50 y el 65% de los pacientes ancianos institucionalizados, siendo más frecuente en personas mayores con patología neurodegenerativa y oncológica. El envejecimiento de las estructuras implicadas en el proceso deglutorio favorece la aparición de disfagia en el paciente anciano: atrofia del hueso alveolar por dentadura mal adaptada, disminución de la coordinación en la faringe, problemas de salivación, enlentecimiento de reflejos y control neurológico del acto de la deglución. Enfermedades como demencia, Parkinson, ACV, etc., pueden causar una dificultad para esta actividad de comer. Desde Terapia Ocupacional se puede realizar una valoración del proceso de deglución para una posible

intervención con el fin de evitar aspiraciones silentes y neumonías o fallecimiento por aspiración. El abordaje consistirá principalmente en enseñar al paciente a mantener la postura adecuada para facilitar el manejo del bolo alimenticio en la boca y su posterior deglución; llevar a cabo técnicas para manejar, reagrupar y dirigir los trozos de comida hacia la parte posterior de la boca; y, por último, reeducación de la deglución siempre que sea posible con el objetivo de restaurar el proceso de tragar sólidos y/o líquidos correctamente sin riesgo para la salud.

2.2.3.2.4 Alimentación.

En las AVD, la actividad de comer se distingue de la actividad de alimentación. La actividad de alimentación contempla la manipulación de la comida en el interior de la cavidad bucal, mientras que la actividad de comer se refiere al proceso de llevar la comida a la boca (ya sean sólidos o líquidos), desde el plato o la taza a la boca y viceversa. En la actividad de comer, el terapeuta ocupacional valora el grado de repercusión que tiene la patología o el proceso de envejecimiento en la ejecución de dicha tarea.

2.2.3.3 Movilidad funcional.

La movilidad funcional es una de las actividades de la vida diaria más valorada por las personas mayores con algún grado de dependencia, ya que su consecución es necesaria para llevar a cabo el resto de actividades diarias. Esta actividad incluye moverse de una posición a otra (durante el desempeño de cualquier actividad), tal como la movilidad en cama, cambios funcionales, movilidad en silla de ruedas, trasferencias, deambulación y transporte de objetos. En esta actividad, el terapeuta valora la capacidad de la persona mayor para mantener una postura determinada (ya sea acostado, en sedestación o bipedestación) y la habilidad para cambiar esta postura hacia otra deseada. El paso de una postura puede ser un cambio difícil cuando las destrezas sensoriomotoras se ven mermadas o se han perdido. El terapeuta ocupacional se encargará de enseñar al paciente/cuidador principal a disponer las superficies de transferencia de la forma más apropiada (paralelas entre sí, en ángulo de 90 grados, etc.) a las potencialidades y

limitaciones de la persona. También entrenará la técnica más adecuada con el consiguiente movimiento corporal y traslado de peso.

2.2.3.4 Área de actividades instrumentales de la vida diaria.

2.2.3.4.1 Manejo del dinero.

Implica usar los recursos fiscales, incluyendo métodos alternativos de transacciones financieras y planificar o usar finanzas con objetivos a largo y corto plazos. Los problemas de movilidad (incapacidad para acudir al lugar donde debe resolver el trámite económico) más el deterioro cognitivo que contribuye a perder la capacidad para decidir sobre asuntos monetarios, dificultan el manejo de finanzas en las personas mayores.

Desde Terapia Ocupacional se incide en mejorar la movilidad funcional y comunitaria y la intervención para manejar el dinero y gestiones ordinarias.

2.2.3.5 Ocio y tiempo libre.

Se denomina ocio a las actividades que no son ni trabajo ni tareas domésticas esenciales y que pueden ser consideradas como recreativas.

Desde Terapia Ocupacional, se define al tiempo libre como: una actividad no obligatoria elegida voluntariamente y desempeñada durante un tiempo, que no entre en conflicto con la dedicación a ocupaciones obligatorias, como trabajar, el cuidado personal o dormir. El ocio es entendido como el tiempo libre de responsabilidades familiares y sociales, actividades de cuidado personal y trabajo. Está caracterizado por un sentimiento de libertad y autodesarrollo. El tiempo libre hace referencia al tiempo no ocupado por el trabajo o cualquier otra obligación de carácter personal, familiar o social cuyo contenido está orientado hacia la satisfacción personal.

La implementación de programas de ocio y tiempo libre en personas mayores mejora su estado físico, mental y emocional, aumenta sus intereses, iniciativa y habilidades sociales y

disminuye la ansiedad y la depresión, en ocasiones es el mejor recurso del que se dispone para enfrentarse a la soledad, al aislamiento e incluso a los problemas de salud.

Algunos objetivos específicos de los programas de intervención sobre el ocio consisten en:

- Aumentar o mejorar las habilidades físicas, cognitivas y sociales.
- Mejorar la capacidad de elección.
- Incorporar ocio en su rutina diaria.
- Manejo del tiempo.
- Mejorar el autoconcepto y la autoestima.
- Facilitar la socialización y participación en actividades sociales.
- Ubicación en la comunidad y asunción de un rol activo.
- Búsqueda de actividades gratificantes.
- Satisfacción con el tiempo libre y de ocio.
- Potenciar nuevos intereses a través del tiempo de ocio.
- Favorecer una actitud positiva y activa hacia las actividades de ocio.

El terapeuta ocupacional interviene con personas mayores en su área de ocio, cuando existe una disfunción en el desempeño ocupacional de esta área o cuando hay barreras que incapacitan esta área ocupacional. Costilow y cols. (1982) identificaron las barreras que existen para que una persona con discapacidad no participe en actividades de ocio. Estos autores distinguen las siguientes:

- Habilidades sociales o de comunicación.
- Motivación y toma de decisiones.
- Horarios rígidos y/o falta de tiempo.
- Recursos económicos.

- Déficit en habilidades precisas para participar en actividades de ocio o problemas de salud.
- Presencia de barreras arquitectónicas y problemas de accesibilidad.

2.2.3.5.1 Intervención ocupacional en el ocio.

La intervención del terapeuta ocupacional en el área del ocio con personas mayores adquiere sentido cuando se actúa en función de su integración en la comunidad y contexto social propio. Esta acción busca la integración social de la persona mayor de la forma más autónoma posible a partir del desarrollo de sus habilidades y competencias y de la búsqueda de apoyos sociales y ambientales.

Desde el marco de trabajo de la Terapia Ocupacional se identifican dos áreas de intervención en el ocio:

- Exploración del tiempo libre:

Tiene que ver con identificar los intereses, destrezas, oportunidades y actividades del tiempo libre apropiadas de las personas mayores. En ocasiones los ancianos pueden presentar dificultades para seleccionar un ocio que le haga disfrutar y que sea capaz de realizar. El terapeuta ocupacional va a ayudar a la persona mayor en la búsqueda y exploración del ocio y adaptarlo a sus capacidades físicas, cognitivas y/o sociales.

- Preparación para el ocio:

Consiste en planificar y participar en actividades de tiempo libre apropiadas; mantener el equilibrio de actividades de tiempo libre con otras áreas ocupacionales; saber encontrar, utilizar y cuidar el equipamiento apropiado. El terapeuta ocupacional intervendrá mediante estrategias compensatorias, sustitutorias o adaptativas.

La intervención de Terapia Ocupacional a través del ocio y para el ocio pretende aumentar la satisfacción del usuario, potenciar las habilidades y destrezas, ampliar las actividades de ocio y

uso de recursos para el ocio y la integración sociocomunitaria y, fundamentalmente, facilitar el desarrollo y el crecimiento personal.

Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, la intervención desde la Terapia Ocupacional incluye aspectos relacionados con:

- La promoción de la salud: mejorando el desempeño del sujeto a partir de su participación en actividades adaptadas y entornos normalizados en actividades de ocio y tiempo libre.
- Restauración de la función: hace referencia al desarrollo o recuperación de las habilidades perdidas, así como al aprendizaje de otras nuevas. Incluyendo a los mayores en programas de ocio terapéutico, realizando intervenciones dirigidas a eliminar, mejorar o compensar los déficits funcionales del mayor.
- Mantenimiento de la función: se refiere al apoyo necesario para que la persona mayor mantenga los niveles y capacidades de desempeño a lo largo del tiempo, facilitando el acceso al mayor en actividades de ocio y tiempo libre.
- Modificación y adaptación del entorno, tareas y material: se refiere a la realización de las modificaciones necesarias en el entorno, tareas y material, de tal forma que la persona pueda realizarlas en un entorno accesible y natural. Por ejemplo, en tamaño las fichas de los juegos de mesa para una persona con déficit visual.
- Prevención de la discapacidad: estaría relacionada con la preparación del usuario en los posibles riesgos y/o beneficios que puede encontrarse en el desempeño del ocio, por ejemplo, creación de hábitos saludables incluyendo actividades de ocio y ahorro de energía para personas con riesgo cardio-respiratorio, etc.

2.2.3.6 Funciones cognitivas.

La implicancia del adulto mayor en actividades productivas, de la vida diaria y lúdicas de una forma equilibrada contribuye al desarrollo y mantenimiento de sus estructuras físicas, psicológicas, afectivas, sociales y viceversa (por ejemplo al participar en las actividades de un hogar de pensionistas, el anciano pone en marcha las capacidades motoras para llegar, la interacción comunicativa social con el resto de usuarios, las capacidad volitiva para elegir la actividad en la que desea participar y las capacidades cognitivas necesarias para realizarlas, obteniendo con ello satisfacciones personales).

En el caso de los ancianos que padecen demencia, depresión, ansiedad generalizada, la alteración de estructuras cognitivas (memoria, atención, planificación, orientación, comunicación, motivación) y afectivas acaban influyendo en el resto de estructuras y dificultando la realización de la mayoría de las ocupaciones que venían desempeñando durante toda su vida. Comienza entonces esa disfunción ocupacional que les impide adaptarse, responder a las demandas del día a día, ser independientes.

Desde este punto de vista, la ocupación puede ser utilizada terapéuticamente para enlentecer el deterioro y conservar y/o recuperar aquellas capacidades, habilidades y destrezas afectadas que frenan la independencia ocupacional.

La intervención desde Terapia Ocupacional se basa en una continua modificación y adaptación de las actividades de la vida diaria y de los entornos físicos y sociales en los que se desempeñan estas tareas.

2.2.3.7 Estado emocional.

Los terapeutas ocupacionales que trabajan en geriatría están capacitados para evaluar y tratar las disfunciones en el desempeño de las tareas producidas por deterioros funcionales, cognitivos y afectivos. Para realizar una tarea el paciente debe tener: capacidad cognitiva para planificar la

actividad, capacidad motora para llevarla a cabo y capacidad afectiva para poner interés. Si existe alguna deficiencia en alguna de estas tres áreas no se va a poder desarrollar la tarea. El enfoque que debe utilizar el terapeuta ocupacional debe ser biopsicosocial.

Los ancianos deben estar motivados para aprender tareas que perciben como relevantes para su vida diaria. Por eso las actividades que plantee el terapeuta ocupacional tendrán que estar encaminadas a objetivos concretos planeados conjuntamente con el anciano. De esta forma se llegarán a cumplir sus necesidades: independencia, seguridad, estimulación y autoestima, a través del desempeño de las tareas.

2.2.4 La vejez

La vejez es la última etapa de la vida de los seres vivos antes que se produzca el fallecimiento y es una inevitable consecuencia del paso del tiempo. Desde que nacemos vamos envejeciendo cada día un poco, pero al principio se madura, se crece, hasta que luego de transcurrida la meseta de la adultez, comienza una etapa de declinación y desgaste psicofísico natural, que marca huellas en el carácter y en lo físico. A veces, si se ha vivido de acuerdo a valores positivos, haciendo de este ser humano alguien cada día más sabio, pero si se ha vivido una vida sin metas, será un anciano vacío. La enfermedad también juega un rol muy importante en la etapa de la vejez. Así un adulto mayor con problemas importantes de salud, no podrá disfrutar de esta etapa en plenitud, de lo contrario, podrá saborear los placeres del descanso, de los viajes, de los nietos, del tanpreciado tiempo libre. Galeno recomendaba vivir con moderación para llegar a una buena vejez, que era algo inevitable. Para él igual que para Aristóteles a medida que la vida transcurre se pierde un poco de calor, hasta que finalmente el cuerpo se enfría. Esa es la vejez. El invierno de la vida.

Generalmente se asocia la vejez, cuyo comienzo no es preciso pero ocurre alrededor de los 60 años (La Organización Panamericana de la salud fijó en el año 1994, la edad de 65 años para ser considerado adulto mayor) con jubilación, pasividad, enfermedades, soledad; lo que no brinda un broche de oro interesante ni esperable para la culminación de la existencia.

El hombre siempre ha luchado por prolongar la vida, y lo está logrando. Cada generación tiene aspiraciones de vivir más tiempo que la que le precedió, pero debería preverse las condiciones en que vivirán estos adultos mayores que cada día son más.

La mayoría de las definiciones sobre la vejez destacan el aspecto biológico: "es un proceso progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte". La edad cronológica no constituye el mejor parámetro para determinar cuán productivo y capaz puede ser un sujeto tanto para sí mismo como para con su familia y la sociedad.

Entre personas de la tercera edad se pueden detectar diferencias individuales debido a características de la personalidad y al cúmulo de experiencias de cada uno. En esta etapa la persona se puede detectar una declinación en funciones intelectuales como ser análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata. El adulto mayor presenta menor deterioro de sus facultades intelectuales siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera sea la actividad laboral que haga.

Tener conciencia de las pérdidas físicas e intelectuales le produce inseguridad a la gente mayor. Aparece el miedo a lo desconocido y esto se ve agravado por pautas culturales que los ubican en una posición desventajosa con respecto al adulto joven. La depresión y la regresión son otras reacciones negativas que puede sufrir el anciano ante la angustia y frustración provocadas por las pérdidas. La depresión en sí no es un síntoma de envejecimiento, pero se

relaciona con el ámbito social en el que vive. Así cae en el aislamiento debido a que presenta una rigurosa resistencia a abordar nuevas amistades.

Todas las edades son portadoras de opiniones sociales, pero la tercera edad constituye una etapa de la vida muy influenciada, más bien determinada por la opinión social, por la cultura donde se desenvuelve la persona. La cultura, de una forma u otra, tiende a estimular en la vejez el sentimiento de soledad y la segregación social.

2.2.5 Calidad de vida

Partiendo del concepto de calidad de vida, se extrajeron dos definiciones, según el Ministerio de Desarrollo Social (2002), es definida como la percepción de un individuo de su posición en la vida, dentro de un contexto de la cultura y del sistema de valores en donde vive y en relación a sus metas, expectativas, estándares e inquietudes.

Es un concepto de amplia gama que incorpora en forma compleja la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, personales y creencias a los rasgos dominantes en su entorno.

Por otra parte, de acuerdo a IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) la calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos. Incluye diversos ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivas y otorga un peso específico para cada uno de ellos, los que pueden ser considerados más importantes para un individuo que para otro.

2.2.6 Calidad de vida en la vejez

Aunque la calidad de vida cualquiera que sea el contexto de referencia mantiene aspectos comunes, comparativamente con otros grupos de sujetos, la calidad de vida en personas mayores

tiene un perfil específico en el que no intervienen factores importantes en otros grupos de edad, y donde existen otros idiosincráticos que tiene que ver con el mantenimiento de las habilidades funcionales o de autocuidado.

En segundo lugar, la calidad de vida es un concepto multidimensional que involucra factores personales (la salud, la autonomía, la satisfacción) como así también socioambientales o externos (las redes de apoyo, los servicios sociales y otros).

Una tercera vertiente, hace referencia a que el concepto de calidad de vida debe contener tanto aspectos subjetivos (valoraciones, juicios, sentimientos) como objetivos (servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta, entre otros). Esta cuestión parte de la decisión sobre si calidad de vida, es un concepto puramente subjetivo, en el sentido de que son aspectos percibidos de la realidad, los que deberían tomarse en cuenta a la hora de su conceptualización, o como defienden otros autores, la definición operativa de la calidad de vida debe pasar por la utilización de indicadores objetivos los cuales darían cuenta de aspectos reales y observables que contribuirían al bienestar de la persona. A partir de esto se parte de la consideración objetivo-subjetiva de la calidad de vida por lo que consideramos que habrán de ser incorporados tanto aspectos objetivos como subjetivos en la definición operativa de la calidad de vida. Es decir, serán tenidos en cuenta, tanto la apreciación y valoraciones de los sujetos sobre los distintos ingredientes de calidad de vida (por ejemplo, si están satisfechos de las relaciones afectivas que sostienen con los amigos, si consideran que su salud es satisfactoria) como los aspectos objetivos de esas mismas dimensiones (por ejemplo, con qué frecuencia se producen relaciones sociales, cuántos fármacos ingiere y otros indicadores objetivos de salud).

El apoyo social es un aspecto que interviene en la calidad de vida, diferenciando una dimensión subjetiva (el grado de satisfacción que siente una persona en sus relaciones familiares

y sociales) y una dimensión objetiva (la frecuencia de contactos sociales o la existencia de apoyos sociales brindados por la comunidad).

La evaluación de la calidad de vida no sólo tiene que ser multidimensional y tiene que contemplar componentes subjetivos y objetivos, sino que, preferentemente, debe contener distintos métodos de medida de los distintos componentes y dimensiones.

CAPÍTULO III

Marco metodológico



Una bella ancianidad es,
ordinariamente la recompensa
de una bella vida.

–Pitágoras–

3. Metodología

3.1 Tipo de estudio

Descriptivo: según el autor Hernández Sampieri (año 2006), se lo define así ya que el investigador busca describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; es decir detallar como son y como se manifiestan. Mediante este tipo de estudio se busca especificar las propiedades, las características, y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

3.2 Hipótesis de investigación

Hipótesis: la intervención de la Terapia Ocupacional en las personas que residen en el geriátrico genera una mejora en la calidad de vida de las mismas.

3.3 Variables

Variable 1: funciones cognitivas

Definición conceptual: habilidades para aprender y recordar información; organizar, planear y resolver problemas; concentrarse, mantener y distribuir la atención; entender y emplear el lenguaje, reconocer (percibir) correctamente el ambiente, y realizar cálculos, entre otras funciones.

Definición operacional: variable cualitativa ordinal. Para medirla se utilizará un cuestionario denominado “Test de Pfeiffer” que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre hechos cotidianos y la capacidad de cálculo. Su valoración será evaluada en función de los errores:

- 0-2 normal.
- 3-4 deterioro cognitivo leve.
- 5-7 deterioro cognitivo moderado.
- 8-10 deterioro cognitivo severo.

Variable 2: locomoción

Definición conceptual: la locomoción es el movimiento que permite que el sujeto (ya sea una persona o una máquina) se desplace y además de adquirir otra posición, cambie de lugar.

Definición operacional: variable cualitativa nominal dicotómica.

Para medirla se utilizará un cuestionario extrayendo aspectos importantes de la evaluación estandarizada FIM modificado (medida de independencia funcional). Se evaluarán los siguientes componentes: marcha o desplazamiento en silla de ruedas, como así también subir y bajar escaleras, con el objetivo de determinar si dichas acciones las pueden ejecutar de manera independiente, o no.

Categorías:

- Dependiente: cuando puede desplazarse y /o subir escaleras con supervisión o cualquier tipo de asistencia.
- Independiente: cuando puede desplazarse y /o subir escleras de manera independiente, con o sin adaptaciones.

Variable 3: transferencias

Definición conceptual: se denomina transferencia al movimiento que se realiza de una superficie a otra.

Definición operacional: variable cualitativa nominal dicotómica.

Para medirla se utilizará un cuestionario, extrayendo componentes específicos de la evaluación estandarizada FIM modificado. Se evaluarán los siguientes aspectos: transferencia de la cama a la silla o silla de ruedas, y transferencia al baño, a fin de determinar si la persona puede realizar dicho movimiento de manera independiente o no.

Categorías:

- Dependiente: cuando puede realizar la transferencia de la cama a la silla o silla de ruedas, y transferencia al baño con supervisión o cualquier tipo de asistencia.
- Independiente: cuando puede realizar la transferencia de la cama a la silla o silla de ruedas, y transferencia al baño de manera independiente, con o sin adaptaciones.

Variable 4: actividades de la vida diaria básicas

Definición conceptual: son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana.

La segunda edición del Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional de la American Occupational Therapy Association (AOTA) define las actividades de la vida diaria como las actividades encaminadas al cuidado de nuestro cuerpo y que se encuentran relacionadas con la supervivencia del individuo. También pueden denominarse actividades básicas de la vida diaria (ABDV) o actividades personales de la vida diaria (APVD). Esta área ocupacional comprende las actividades de baño y ducha, cuidado de la vejiga y de los intestinos, vestido, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de las ayudas técnicas personales, higiene personal y aseo, actividad sexual, dormir y descanso e higiene del inodoro

Definición operacional: variable cualitativa ordinal.

Para medirla se utilizará un cuestionario, extrayendo aspectos específicos del índice de Barthel y de Katz. Se evaluarán actividades de la vida diaria básicas en lo que respecta al vestido, cuidado personal y alimentación, para determinar si las personas que residen en el geriátrico pueden realizar dichas acciones de manera independiente, dependiente, o con asistencia.

Su valoración será evaluada de la siguiente manera:

- 8 o más respuestas afirmativas (SI): Independiente
- 8 o más respuestas “con ayuda”: Semidependiente
- 8 o más respuestas negativas (NO): Dependiente

Variable 5: actividades de la vida diaria instrumentales

Definición conceptual: las actividades instrumentales de la vida diaria son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y resolución de problemas de la vida cotidiana.

Según la clasificación de American Occupational Therapy Association (AOTA) 2008, son aquellas orientadas a la interacción con el medio y generalmente opcionales para hacer (se pueden delegar en otros). La Terapia Ocupacional contempla diez actividades dentro de esta área ocupacional: cuidado de otros, cuidar de los nietos, uso de sistemas de comunicación, movilidad en la comunidad, manejo de temas financieros, cuidado de salud y manutención, crear y mantener un hogar, preparación de la comida y limpieza, procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia, ir de compras.

Definición operacional: variable cualitativa ordinal.

Para medirla se utilizará un cuestionario, extrayendo algunos aspectos de la escala estandarizada de Lawton y Brody, que considera el grado de independencia de las personas para realizar actividades más complejas de su cotidiano vivir. Los aspectos tenidos en cuenta son: uso del teléfono, preparación de las comidas, manejo del dinero, y uso de medios de transporte, determinando si pueden realizar dichas acciones de manera independiente o dependiente.

En este caso se tomará como indicador de la variable el manejo del dinero.

Variable 6: estado anímico

Definición conceptual: los estados de ánimo suelen tener una determinada valencia o, lo que es lo mismo, se suele hablar de buen y de mal estado de ánimo; activado o deprimido. A diferencia de las emociones, como el miedo o la sorpresa, un estado de ánimo puede durar horas o días. Cuando es anormalmente bajo se llama depresión.

Definición operacional: Variable cualitativa nominal dicotómica.

Para medirla se empleará un cuestionario con diferentes preguntas que hacen referencia a aspectos emocionales de personas mayores de 65 años, a fin de poder determinar si el estado de ánimo se encuentra conservado o no.

Si la mayoría de las respuestas son afirmativas (SI) se supone que el estado anímico es malo.

Categorías:

- 3 o más respuestas afirmativas (SI): estado anímico malo.
- 3 o más respuestas negativas (NO): estado anímico bueno.

Variable 7: ocio

Definición conceptual: se denomina ocio a las actividades que no son ni trabajo ni tareas domésticas esenciales, y que pueden ser consideradas como recreativas.

En Terapia Ocupacional, las actividades de ocio, tiempo libre y esparcimiento son consideradas como una de las siete áreas de ejecución humana (actividades básicas de la vida diaria –ABVD–, actividades instrumentales de la vida diaria –AIVD–, educación, trabajo, juego, tiempo libre y participación social). La segunda edición del Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional de la American Occupational Therapy Association se refiere al tiempo libre como: una actividad no obligatoria elegida voluntariamente y desempeñada durante un tiempo que no entre en conflicto con la dedicación a ocupaciones obligatorias, como trabajar, el

cuidado personal o dormir. Siguiendo a Romero Ayuso, el ocio es entendido como el tiempo libre de responsabilidades familiares y sociales, actividades de cuidado personal y trabajo. Está caracterizado por un sentimiento de libertad y autodesarrollo. La libertad de elección implica que hay algo que elegir, y que el individuo es capaz de hacer una elección. La elección y la realización de una actividad de ocio están motivadas por la diversión y la satisfacción personal. El tiempo libre hace referencia al tiempo no ocupado por el trabajo o cualquier otra obligación de carácter personal, familiar o social cuyo contenido está orientado hacia la satisfacción personal.

Definición operacional: variable cualitativa nominal.

Para medirla se empleará una serie de preguntas a fin de determinar los gustos e intereses de los residentes del geriátrico, pudiendo establecer además cual o cuales son los predominantes.

3.4 Tipo de diseño

No experimental, transversal.

Un diseño no experimental es aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

Transversal: recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único.

Se puede afirmar que la tesis sigue un diseño no experimental, transversal, ya que en el proceso de recolección de datos las variables no son manipuladas y se aplican los instrumentos en un momento determinado.

3.5 Población

Población bajo estudio: personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán durante el periodo de junio de 2018.

3.6 Presentación de instrumentos

Se buscó elaborar un cuestionario semiestructurado que abarque todos los aspectos que se pretenden estudiar. Para tal fin se tomaron como modelo los siguientes instrumentos estandarizados, modificándolos en los casos que se consideró necesario:

- Test de Pfeiffer.
- Índice de Barthel.
- Índice de Katz.
- Escala de Lawton y Brody.
- FIM (medida de independencia funcional).

3.7 Consideraciones éticas

- **Anonimato**
- **Consentimiento informado**
- **Normas Ciomms:**

Pauta 5 Obtención del consentimiento informado: Información esencial para potenciales sujetos de investigación Antes de solicitar el consentimiento de un individuo para participar en una investigación, el investigador debe proporcionar, verbalmente o en otra forma de comunicación que el individuo pueda entender, la siguiente información:

- 1) Que se invita al individuo a participar en la investigación, las razones para considerarlo apropiado para ella y que la participación es voluntaria;
- 2) Que el individuo es libre de negarse a participar y de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanción o pérdida de los beneficios a que tendría derecho;
- 3)Cuál es el propósito de la investigación, los procedimientos que realizarán el investigador y el sujeto, y una explicación sobre cómo la investigación difiere de la atención médica de rutina;
- 4) En caso de ensayos controlados, la explicación de las características del diseño de la investigación (por ejemplo, aleatoriedad, doble ciego), y que no se informará al sujeto del tratamiento asignado hasta que el estudio se haya completado y el experimento a ciegas haya perdido tal carácter.

5)Cuál es la duración esperada de la participación del individuo (incluyendo número y duración de visitas al centro de investigación y el tiempo total involucrado) y la posibilidad de terminar antes el ensayo o la participación del individuo en éste.

6) Si proporcionará dinero u otras formas de bienes materiales por la participación del individuo, con indicación de su clase y cuantía.

7) Que después de completar el estudio se informará a los sujetos de los hallazgos de la investigación en general, y a los sujetos individuales de cualquier descubrimiento relacionado con su estado particular de salud.

8) Que los sujetos tienen derecho a acceder a sus datos si lo solicitan, incluso si estos datos carecen de utilidad clínica inmediata (a menos que el comité de evaluación ética haya aprobado no revelar datos temporal o permanentemente, en cuyo caso el sujeto debiera ser informado de las razones).

9) Cualquier incomodidad, riesgo o inconveniente previsibles para el individuo (u otros), asociado con su participación en la investigación, incluyendo riesgos para la salud o bienestar de su entorno afectivo.

10) Qué beneficios directos se espera para los sujetos que participan en la investigación, en caso de haberlos.

11) Qué beneficios se espera de la investigación para la comunidad o sociedad en general, o su contribución al conocimiento científico; si su intervención de efectividad y seguridad comprobadas por la investigación estará a disposición de los sujetos después de haber completado su participación en la investigación, cuándo y cómo estará disponible, y si se espera que paguen por él.

12) Cualquier intervención o tratamiento alternativo actualmente disponible.

13) Qué medidas se tomarán para asegurar el respeto a la privacidad de los sujetos y a la confidencialidad de los registros en los que se identifica a los sujetos.

14) Cuáles son los límites, legales o de otro tipo, a la capacidad del investigador para proteger la confidencialidad y las posibles consecuencias del quebrantamiento de ésta.

CAPÍTULO IV

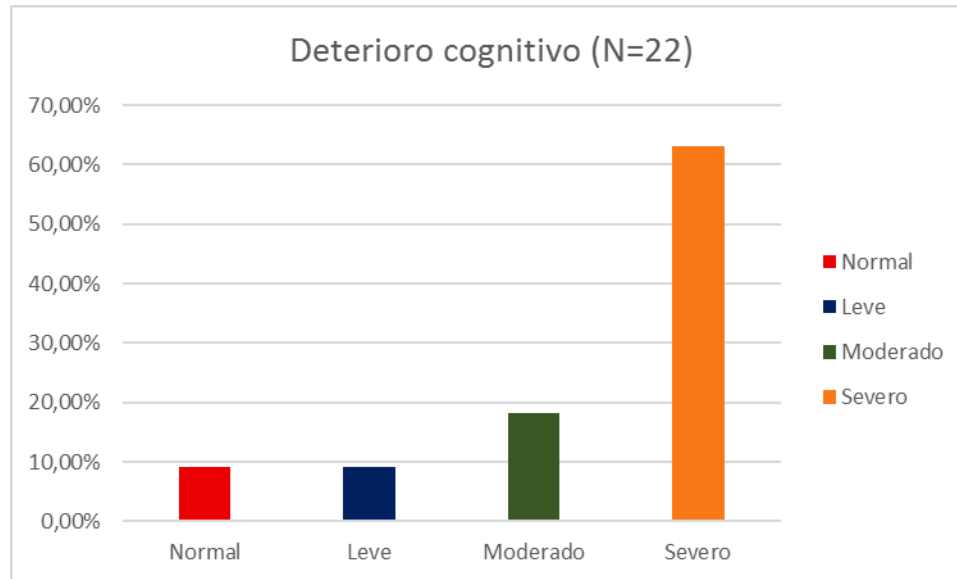
Análisis de datos

“Saber envejecer es una
obra maestra de la sabiduría,
y una de las partes más
difíciles del gran arte de vivir. “

-Henri Frédéric Amiel-

4. Gráficos y análisis

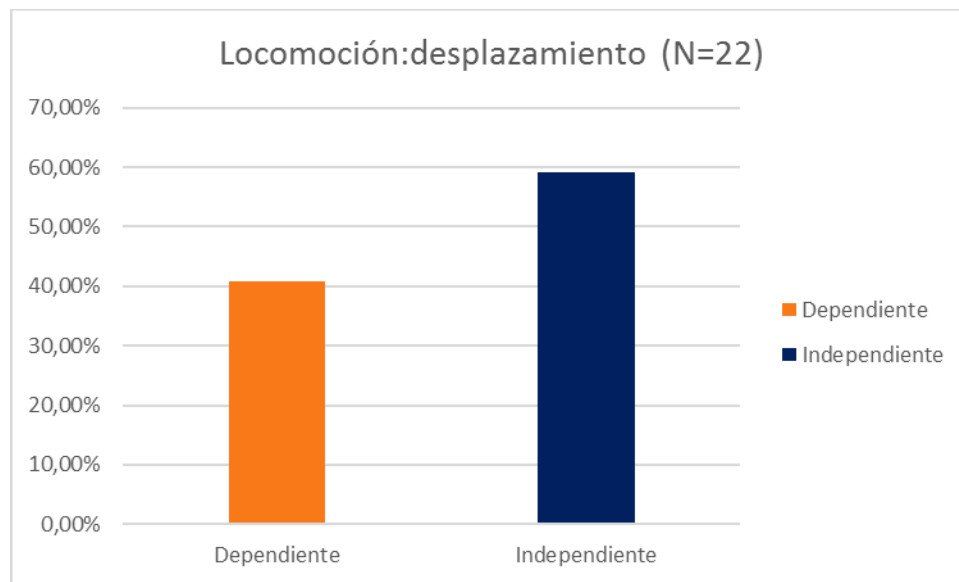
Gráfico 1: personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán clasificadas de acuerdo al deterioro cognitivo.



Fuente: encuesta

El gráfico arroja que de las 22 personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán, 2 personas (9,09%) no presentan deterioro cognitivo, en igual proporción, 2 personas presentan un deterioro cognitivo leve, mientras que 4 personas (18,2%) manifiestan un deterioro cognitivo moderado, quedando 14 personas (63%) con un deterioro cognitivo severo.

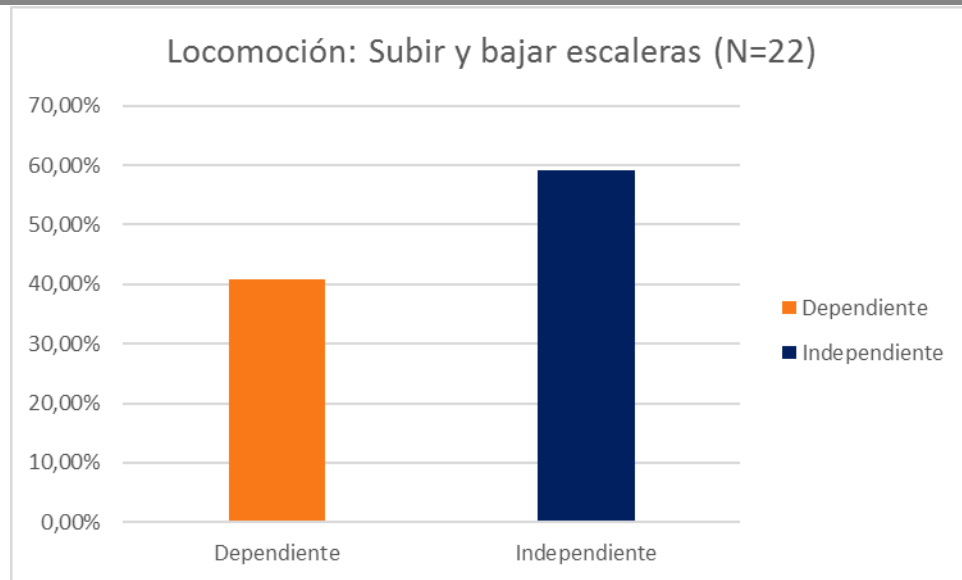
Gráfico 2: personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán clasificadas según el grado de dependencia en el desplazamiento.



Fuente: encuesta

El gráfico expresa que de las 22 personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán, 9 personas (40,91%) se desplazan con asistencia de otro (dependiente) y 13 personas (59,09%) lo hacen de manera independiente.

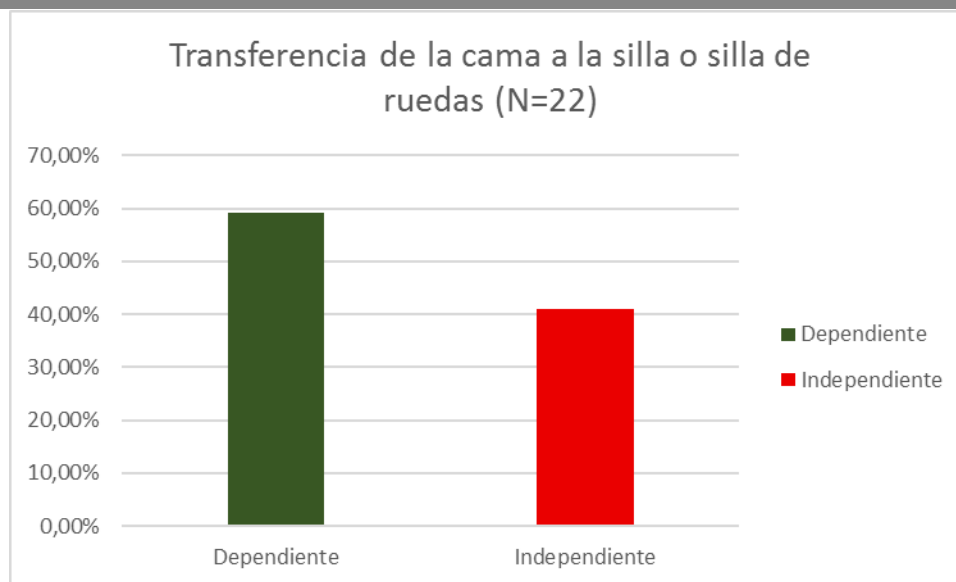
Gráfico 3: personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán clasificadas según el grado de dependencia para subir y bajar escaleras.



Fuente: encuesta

El gráfico muestra que de las 22 personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán, 14 personas (63,64%) pueden subir y bajar escaleras con asistencia de otro (dependiente) y 8 (36,36%) lo hacen de manera independiente.

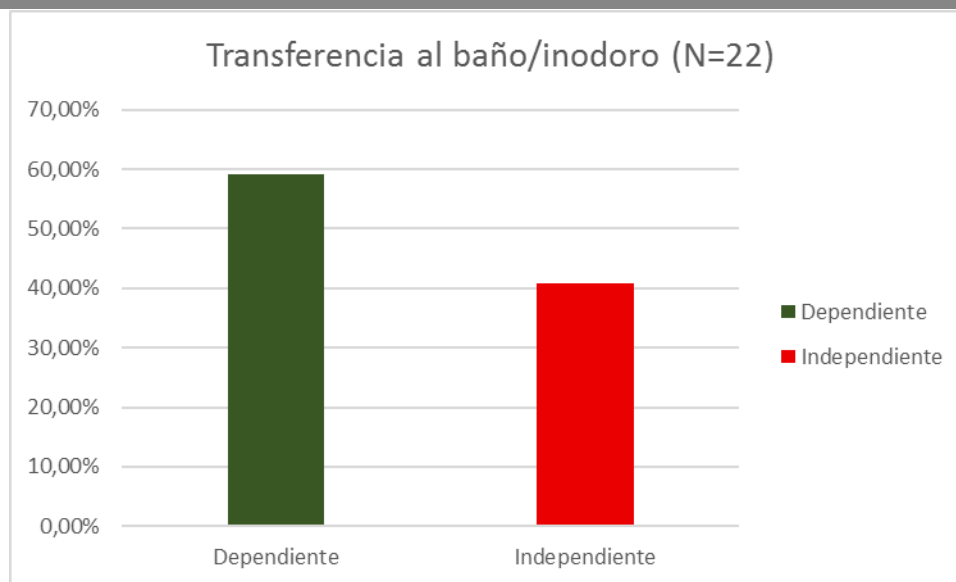
Gráfico 4: personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán clasificadas según el grado de dependencia para realizar la transferencia de la cama a la silla o silla de ruedas.



Fuente: encuesta

El gráfico arroja que de las 22 personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán, 13 personas (59,1%) realizan la transferencia de la cama a la silla o silla de ruedas con asistencia de otro (dependiente) y 9 personas (40,9%) lo hacen de manera independiente.

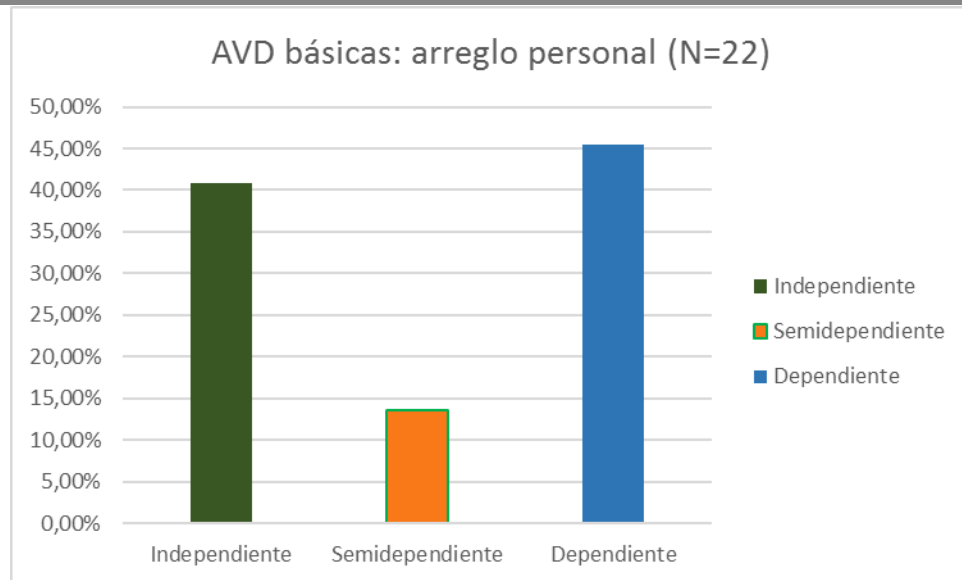
Gráfico 5: personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán clasificadas según el grado de dependencia para realizar la transferencia al baño (inodoro).



Fuente: encuesta

El gráfico arroja que de las 22 personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán, 13 personas (59,1%) realizan la transferencia al baño (inodoro) con asistencia de otro (dependiente) y 9 personas (40,9%) ejecutan dicha acción de manera independiente.

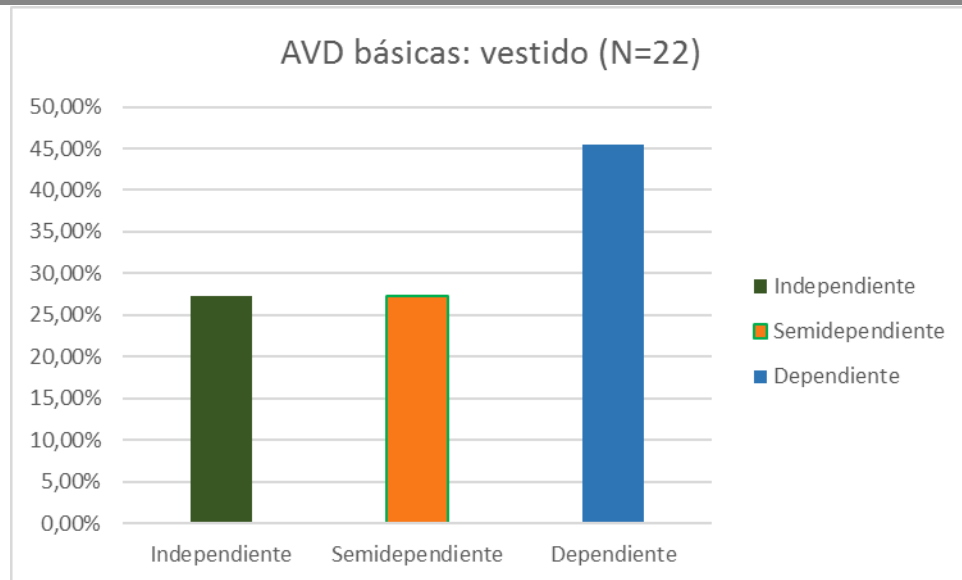
Gráfico 6: personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán clasificadas según el grado de dependencia para el arreglo personal.



Fuente: encuesta

El gráfico arroja que de las 22 personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán, 9 personas (40,91%) son independientes en el arreglo personal, 3 (13,64%) lo hacen con ayuda y supervisión de otros (semidependientes) y 10 (45,45%) no lo pueden hacer por si solos (dependientes).

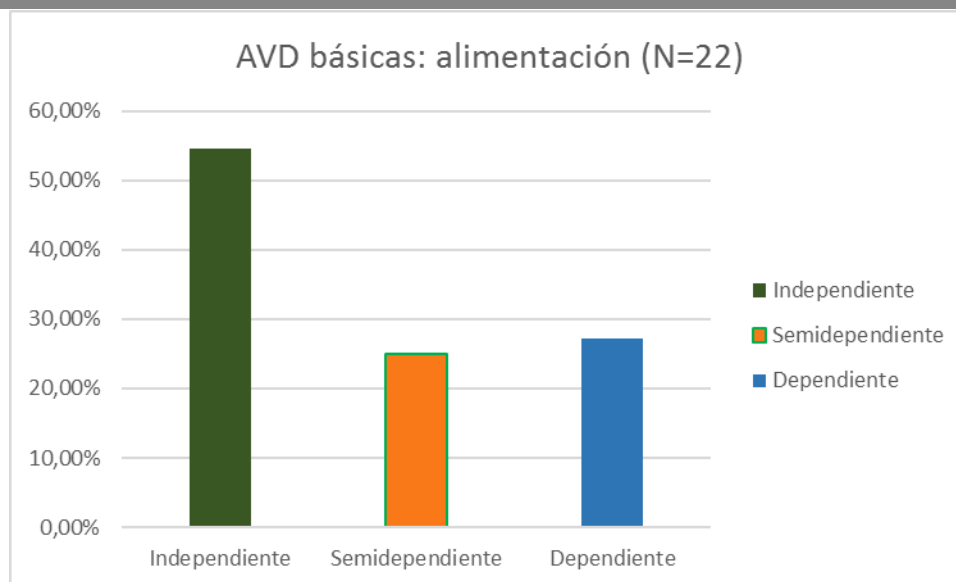
Gráfico 7: Personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán clasificadas según el grado de dependencia para el vestido.



Fuente: encuesta

El gráfico arroja que de las 22 personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán, 6 personas (27,27%) son independientes en el vestido, el mismo porcentaje les corresponde a aquellos que lo pueden hacer con ayuda y supervisión de otros (semidependientes) y 10 (45,45%) no lo pueden hacer por si solos (dependientes).

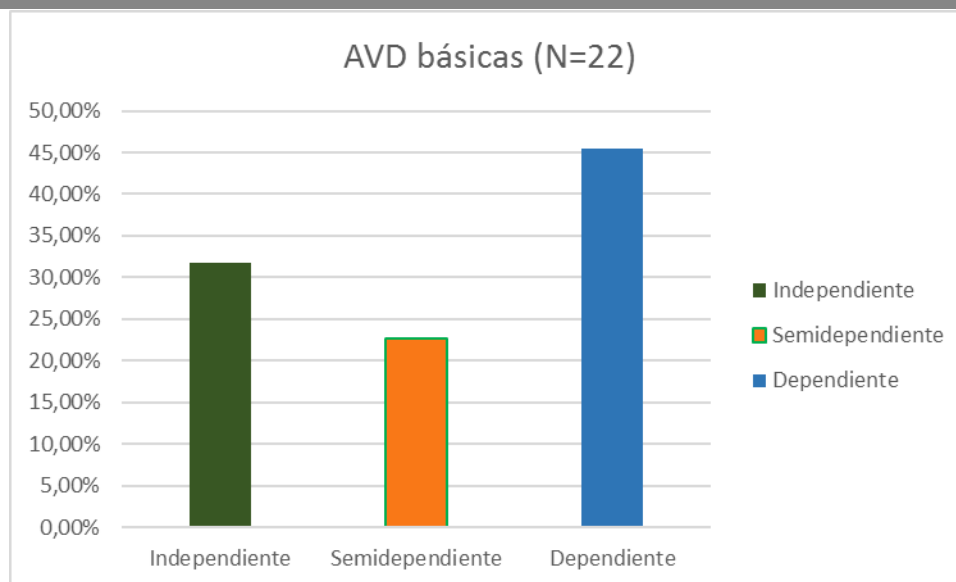
Gráfico 8: personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán clasificadas según el grado de dependencia para la alimentación.



Fuente: encuesta

El gráfico arroja que de las 22 personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán, 12 personas (54,55%) son independientes en la alimentación, 4 (25%) lo pueden hacer con ayuda y supervisión de otros (semidependientes) y 6 (27,27%) no lo pueden hacer por si solos (dependientes).

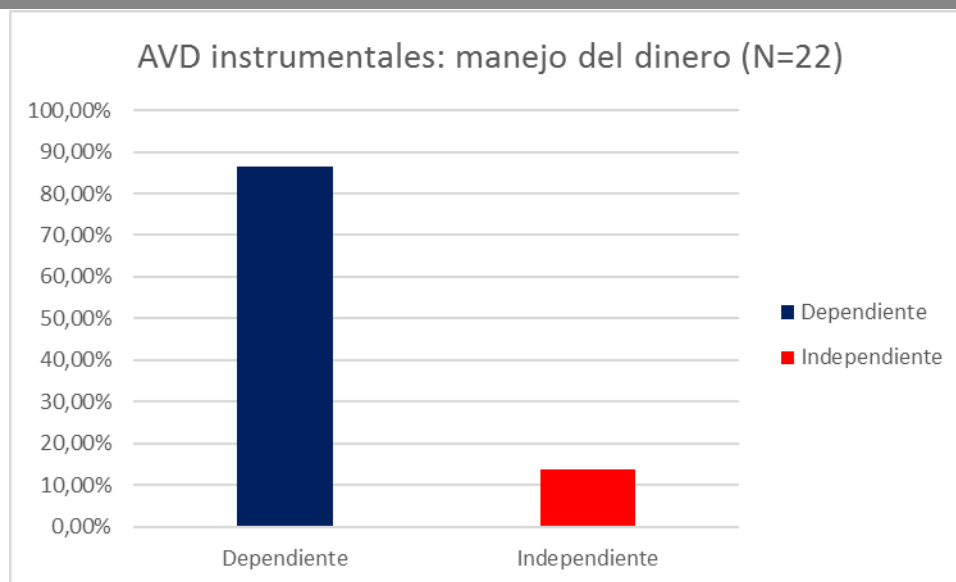
Gráfico 9: personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán clasificadas según el grado de dependencia para las AVD básicas.



Fuente: encuesta

El gráfico arroja que de las 22 personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán, 7 personas (31,82%) son independientes en las AVD básicas, 5 (22,73%) las pueden hacer con ayuda (semidependientes) y 10 (45,45%) no las pueden ejecutar por si solas (dependientes).

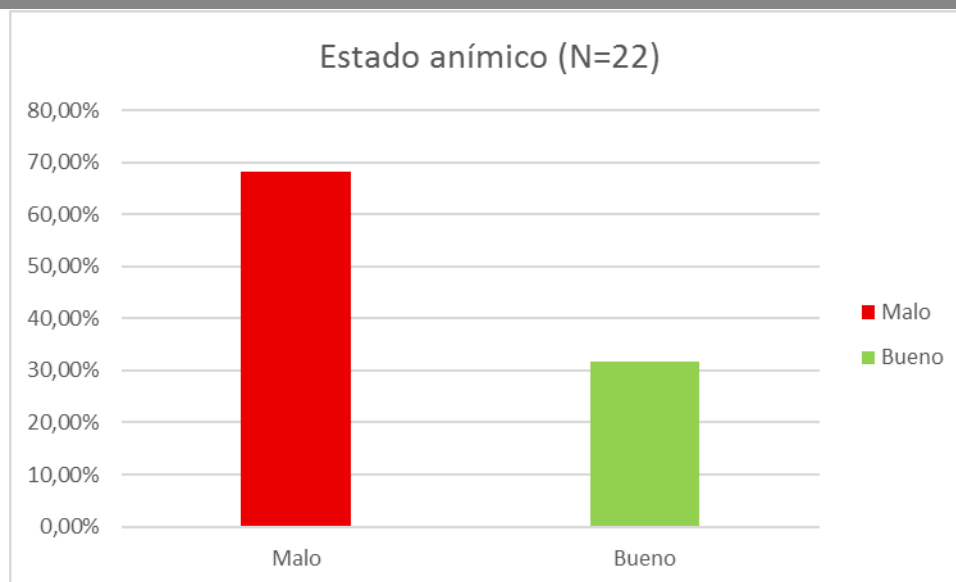
Gráfico 10: personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán clasificadas según el grado de dependencia para las AVD instrumentales.



Fuente: encuesta

El gráfico muestra que de las 22 personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán, 19 personas (86,36%) dependen de otro para el manejo del dinero, mientras que 3 (13,64%) lo usan de manera independiente.

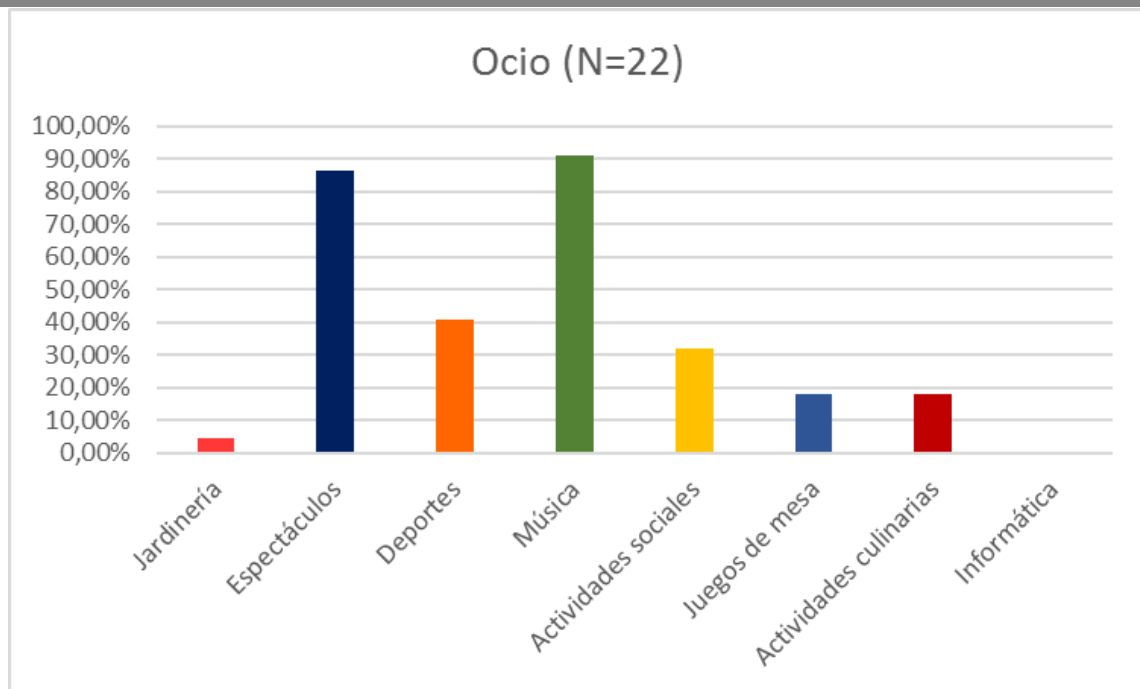
Gráfico 11: personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán clasificadas según su estado anímico.



Fuente: encuesta

El gráfico expresa que de las 22 personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán, 15 de ellas (68,18%) manifiesta un estado anímico malo y 7 personas (31,82%) un estado anímico bueno.

Gráfico 12: personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán clasificadas de acuerdo a sus intereses en las actividades de ocio.



Fuente: encuesta

El gráfico arroja que de las 22 personas que residen en un geriátrico de San Miguel de Tucumán, a una (4,55%) le interesa la jardinería, a 19 (86,36%) los espectáculos, a 9 (40,91%) los deportes, a 20 (90,91%) la música, a 7 (31,82%) las actividades sociales, a 4 (18,18%) los juegos de mesa, y en la misma cantidad (18,18%) las actividades culinarias, mientras que nadie considera interesante la informática.

CAPÍTULO V

Discusión, conclusiones y propuestas



Un hombre no envejece cuando
se le arruga la piel,
sino cuando se le arrugan
los sueños y las esperanzas.
– Anónimo–

5.1 Discusión

El presente trabajo fue realizado en un geriátrico de la provincia de San Miguel de Tucumán entre el mes de mayo y el mes de octubre del corriente año y tuvo como objetivo principal destacar la importancia de la intervención de la Terapia Ocupacional para la mejora de la **calidad de vida**, a través del análisis de las diferentes dimensiones que contribuyen a la misma, en personas que residen en un geriátrico.

Teniendo en cuenta el marco teórico y los antecedentes previamente mencionados, a fin de enlazarlos con el estudio realizado en un geriátrico de San Miguel de Tucumán, se puede hacer hincapié en la calidad de vida y su valoración tanto objetiva como subjetiva; remarcando aspectos reales y observables que favorecen el bienestar del adulto mayor, como así también, la percepción que tiene éste de su realidad, sentimientos, emociones y valoraciones.

Considerando que la Terapia Ocupacional es una disciplina cuyo fin es la autonomía e independencia personal para lograr una mejor calidad de vida, es responsabilidad del profesional el poder informar a las personas y a sus familias acerca de la importancia de la autonomía personal en lo que respecta a las actividades de la vida diaria (AVD), el mantenimiento de una vida activa, sus relaciones sociales y una correcta adaptación al entorno y ambiente. De este modo, se logra un mayor y mejor desempeño en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, consiguiendo así una vida autónoma tanto en lo personal como en lo social.

Alcanzar la autonomía en las actividades básicas e instrumentales, implica un esfuerzo considerable por parte del anciano, por este motivo, resulta fundamental proporcionar sentido al esfuerzo, entrenando aquellas acciones que considere significativas y le permita conservar su funcionalidad.

Los terapeutas ocupacionales deben estar capacitados y preparados para evaluar y tratar las disfunciones causadas por deterioros cognitivos y afectivos que repercuten en el desempeño de sus actividades.

Tomando como referencia la investigación de Verónica M. Barrientos Cárdenas, Tamara M. Fiedler Bastidas y Alejandra P. Godoy Coronao de la Universidad Austral de Chile y el estudio denominado “Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales”, ambos destacan la importancia de la independencia en las AVD y la elección y realización de actividades de tiempo libre para mejorar la calidad de vida de los ancianos. Partiendo de las devoluciones de los encuestados en cuanto a las actividades de la vida diaria, el estudio arroja a más de un 40% de ancianos con dependencia, lo que además los lleva a verse limitados en cuanto a poder realizar ciertas actividades de tiempo libre y esparcimiento que sean de su interés.

El estudio “Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales” manifiesta además que los ancianos se sienten contenidos emocionalmente cuando dialogan con algún psicólogo lo que implica sentirse escuchados y valorados.

De igual modo, haciendo hincapié en las AVD, al contar con autonomía e independencia para su realización, ellos se sienten útiles y productivos.

Al momento de las visitas o de la interacción con otros compañeros, familiares o amigos, los ancianos, también manifiestan entusiasmo y se sienten motivados para poder continuar con su vida de un modo más placentero.

En este estudio, realizado en el geriátrico de San Miguel de Tucumán, evaluando el estado anímico, más de un 65 % de los ancianos manifestó no sentirse bien, factor de gran importancia

en esta última etapa de la vida. Esta veta brinda la posibilidad de poder focalizar mayor atención en ello, a fin de revertir o de minimizar la situación actual de los abuelos.

Tomando el concepto de tiempo libre como el tiempo no ocupado por el trabajo o cualquier otra obligación de carácter propio, familiar o social cuyo contenido está orientado hacia un sentimiento de libertad, diversión y satisfacción personal, se cree que optimizándolo genera en las personas mayores una mejora en su estado físico, mental y emocional, disminuyendo la ansiedad y la depresión y aumentando sus intereses e iniciativa, como así también su autoestima y relaciones sociales. Pudiendo relacionar este aspecto con el análisis realizado en el geriátrico de San Miguel de Tucumán en cuanto a los intereses y esparcimiento, se ve reflejada una tendencia mayoritaria hacia las actividades de música y espectáculos (tv) y en menor frecuencia a los deportes, juegos lúdicos y actividades culinarias.

De este modo, habiendo enlazado el marco teórico, los estudios previos y el análisis recientemente realizado, se deja entrever la importancia de la sinergia entre el terapeuta ocupacional y el anciano; considerando útil, necesario e importante establecer una conexión y una transferencia positiva entre ambos, como así también, el empleo de actividades terapéuticas y funcionales que conducen a una mejora en su calidad de vida.

5.2 Conclusión

La calidad de vida de los adultos mayores es un desafío continuo ya que muchos llegan a edades avanzadas deprimidos y deteriorados, cuando deberían ser cuidados y disfrutar de una recompensa por los años vividos y las metas logradas. Resulta importante que sean valorados como individuos con un cúmulo preciado de experiencias para transmitir, dándoles la oportunidad de seguir formando parte de una sociedad que les permita sentirse útiles.

Los geriátricos son espacios creados para ancianos en donde se los motiva a continuar aprendiendo, interrelacionarse con su entorno y compartir con sus pares, sin descuidar la calidad de vida.

Este trabajo de investigación determina el interés y refuerza la importancia de generar ambientes que ofrezcan lugares de encuentro, tanto con ellos mismos, como con sus familias, sin olvidar la sociedad de la que forman parte.

Teniendo en cuenta las dimensiones estudiadas, en cuanto a las funciones cognitivas, la población, en su mayoría presenta un deterioro cognitivo severo, el que se ve reflejado en la realización de tareas que involucran funciones mentales superiores tales como la atención, la memoria y el pensamiento.

Considerando los aspectos motores (locomoción y transferencias) se observó que aproximadamente la mitad de los ancianos requieren asistencia para ejecutar dichas actividades, mientras que la otra parte las realizan de forma independiente.

En cuanto a las AVD básicas, casi la mitad requiere supervisión y asistencia para su desarrollo y el resto cuenta con autonomía para realizarlas. Haciendo hincapié en el análisis de las AVD instrumentales y considerando el deterioro cognitivo que los ancianos presentan, sólo se tomó para su estudio el manejo del dinero, dado que el empleo del teléfono, la preparación de las comidas y uso de transporte no son componentes aplicables de acuerdo a las características de los residentes y las pautas vigentes del geriátrico.

Con respecto al estado anímico y a partir de las evaluaciones realizadas, se puede observar un predominio de componentes emocionales negativos por sobre los positivos, afectando directamente en el comportamiento e intereses de los ancianos.

En las actividades de ocio, la mayoría de los residentes evaluados manifiestan interés por la música y los espectáculos, siendo la jardinería y la informática las menos valoradas por los mismos.

No se debe perder de vista que cada una de las áreas evaluadas, representa una marcada importancia tanto desde lo objetivo como desde lo subjetivo en los ancianos; la Terapia Ocupacional debe intervenir en cada una de ellas para lograr un abordaje integral y significativo.

Lo anteriormente dicho demuestra que todas las áreas están afectadas, algunas en mayor grado que otras, y es por ello que requieren la intervención continua de la Terapia Ocupacional para lograr una mejora en la calidad de vida de los abuelos.

5.3 Propuestas

A modo de cierre de esta investigación, surgen diferentes propuestas para llevar a cabo dentro del geriátrico a raíz de los problemas encontrados:

1. Generar espacios especialmente diseñados para este grupo poblacional en donde se los apoye para continuar creciendo y aprendiendo.
2. Reforzar actividades que respondan a sus intereses y necesidades: sentirse productivos, cubrir sus tiempos libres, promover las relaciones sociales con sus pares y entorno afectivo.
3. Trabajar de manera interdisciplinaria en los niveles asistenciales geriátricos.
4. Poner en funcionamiento habilidades motoras, cognitivas y comunicativas a partir de actividades nuevas que motiven y generen participación activa de los abuelos.
5. Crear y ejercitar hábitos y rutinas que favorezcan la automatización de nuevas actividades y movimientos causados por el deterioro funcional de enfermedades o del proceso de envejecimiento propiamente dicho.

6. Buscar el protagonismo del anciano dentro del proceso de recuperación de autonomía.
7. Transmitirle seguridad y confianza a la hora de realizar las actividades y demostrarle que cada trabajo es único y autónomamente satisfactorio.

Bibliografía

- Hernández Sampieri, R. (2006). *Metodología de la Investigación*. 4º Edición. México, D.F. MC Graw – Hill.
- Corregidor Sánchez, A.I. (2010). *Terapia Ocupacional en Geriatria y Gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. Majadahonda, Madrid. Ergon.
- Carmen, R., García Viniegras, V., González Blanco, M., Fernández Garrido, J. y Ruiz Ro V. (2005, diciembre). Calidad de vida y salud en la tercera edad. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 8 N°3.
- Ocadiz Parra, I., Carballo Martínez, K. C., López de la Cruz, G. y Rodríguez Gutiérrez, A. L. (2017, enero). Terapia Ocupacional en adultos mayores. *Boletín científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*. Vol. 4 N° 7.
- Fernández Ballesteros, R. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Universidad Autónoma de Madrid*. Vol 2 N°7.
- Mella, R., Appolonio, J.D., Maldonado, I., Fuenzalida, A., Díaz, A (2004, mayo). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Pontificia Universidad Católica de Chile*. Vol. 13 N°1, pp. 79-89.
- Lecot, J., & Fernández, L. M (2016). *Calidad de vida en adultos mayores de Capital Federal que participan de los talleres de UPAMI* (tesis de grado). Universidad Argentina de la Empresa (UADE), Buenos Aires, Argentina.
- Acosta Quiroz, C.O, y González Celis Rangel, A.L (2009, julio- diciembre). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Universidad Nacional Autónoma de México*. Vol. 19 N°2, pp. 289-293.

Anexos

Autorizaciones y Consentimientos

Pedido de autorización a directivos del Geriátrico San Nicolás



UNIVERSIDAD DEL NORTE SANTO TOMÁS DE AQUINO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

San Miguel de Tucumán, - de - de 20...-

Director del Geriátrico San Nicolás Sr. Carlos Rossi:

La Srta. María de la Paz Campero, DNI N.º: 32460403, alumna de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, de la provincia de Tucumán, está desarrollando su trabajo de tesis final de grado en relación a la “Importancia de la aplicación de la Terapia Ocupacional en ancianos que residen en un geriátrico para mejorar su calidad de vida”. Por tal motivo, solicito autorización, en mi función de Directora de Carrera, para que la alumna pueda desarrollar observaciones, recolección de datos, encuestas a los internos, y otras dinámicas con el compromiso pleno de María de la Paz para mantener las reservas y las confidencialidades correspondientes.

Una vez finalizado y aprobado el trabajo de investigación, la alumna cuenta con la posibilidad y libertad de socializar los resultados con Uds.

Si fuera necesario cubrir con otro requisito para dar curso a esta solicitud, les ruego remitirlo a la brevedad a mi casilla de correo ada.pucheta@unsta.edu.ar.

A la espera de favorable y pronta respuesta, los saludo cordialmente.

Consentimiento Informado

Declaro que he recibido toda la información correspondiente a la investigación y sus objetivos, comprendo el compromiso que asumo y lo acepto expresamente. Firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi participación en el Trabajo de Tesis “Importancia de la aplicación Terapia Ocupacional para ancianos que residen en un geriátrico para mejorar su calidad”. Al firmar este consentimiento, afirmo la confidencialidad, el anonimato, no renuncio a ninguno de mis derechos, solicito se apliquen los principios de autonomía, justicia beneficencia y no maleficencia y manifiesto que puedo retirarme de la investigación si así lo deseara.

Firma:

Fecha:

Firma del Investigador:

Cuestionario aspectos a evaluar en Terapia Ocupacional

Nombre: _____ **Sexo:** _____

Funciones cognitivas

1. Fecha de hoy: D___M___A___
2. Día de la semana de hoy:
3. Nombre del lugar donde se encuentra:
4. Dirección del lugar donde se encuentra.
5. Edad:
6. Fecha de nacimiento:
7. ¿Cuál es el apellido de su madre?
8. Nombre del presidente actual:
9. Nombre del presidente anterior:
10. Restar 3 a 20 y continuar la serie.

Locomoción:

Marcha o silla de ruedas

1. Puede caminar sobre una superficie plana una vez que está en pie (puede usar cualquier ayuda: bastones, muletas) o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

SI NO

Subir y bajar escaleras

2. Capaz de bajar o subir escalones. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas) y el pasamanos.

SI NO

Transferencias

Transferencia a la cama, silla, o silla de ruedas

1. Puede pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial de manera independiente.

SI NO

Transferencia al baño

2. Puede sentarse y salir del inodoro de manera autónoma.

SI NO

Actividades de la vida diaria básicas:

Arreglo personal

1. Puede realizar actividades personales, como:

• Lavado de cara y manos	SI	CON AYUDA	NO
• Peinarse	SI	CON AYUDA	NO
• Maquillarse	SI	CON AYUDA	NO
• Afeitarse	SI	CON AYUDA	NO
• Lavarse los dientes	SI	CON AYUDA	NO

Vestido

2. Puede llevar a cabo actividades como:

• Ponerse y quitarse la ropa	SI	CON AYUDA	NO
• Atarse los zapatos	SI	CON AYUDA	NO
• Abrocharse los botones	SI	CON AYUDA	NO
• Colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo, ropa interior)	SI	CON AYUDA	NO

Alimentación

3. Puede:

• Utilizar utensilios de cocina	SI	CON AYUDA	NO
• Comer por sí solo	SI	CON AYUDA	NO

Actividades de la vida diaria instrumentales:

Teléfono

1. Lo utiliza por iniciativa propia	SI	CON AYUDA	NO
2. Es capaz de marcar bien algunos números familiares	SI	CON AYUDA	NO
3. Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	SI	CON AYUDA	NO

Dinero

4. Maneja su propio dinero	SI	CON AYUDA	NO
----------------------------	----	-----------	----

Comida

5. Prepara y sirve las comidas	SI	CON AYUDA	NO
6. Prepara las comidas si le proporcionan los ingredientes			

SI CON AYUDA NO

Transporte

- | | | | |
|---------------------------------------|----|-----------|----|
| 7. Puede viajar en transporte público | SI | CON AYUDA | NO |
| 8. Puede viajar en vehículo propio | SI | CON AYUDA | NO |

Estado anímico

1. ¿Se siente a menudo aburrido?
SI NO
2. ¿Ha descuidado actividades e intereses?
SI NO
3. ¿Se siente malhumorado o triste la mayor parte del tiempo?
SI NO
4. ¿Piensa que tiene problemas de memoria?
SI NO
5. ¿Se siente con poca energía durante el día?
SI NO

Ocio

Marque con una cruz las actividades que le resultan interesantes:

1. Jardinería
2. Espectáculos (teatro, cine, ver deportes)
3. Deportes (deportes competitivos y no competitivos, gimnasia, bailes de salón, caminatas)
4. Música (escuchar música, tocar un instrumento)
5. Informática (juegos interactivos, navegar por internet)
6. Lectura
7. Actividades creativas, artes y manualidades (poesía, carpintería, cerámica, pintura, macramé, costura, reparación de objetos)
8. Actividades sociales (ser miembro de un club)
9. Juegos de mesa
10. Actividades culinarias

