



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**IV SEMINARIO DE GRADUACIÓN**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**"LA TERAPIA OCUPACIONAL Y EL ESTADO DE ÁNIMO DEL ADULTO  
MAYOR EN EL ASILO DE ANCIANOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL  
DOCENTE AMBATO"**

Requisito previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

**Autor: Herrera Chicaiza, Cristian Paúl**

**Tutor: Pscl. León Burbano, Verónica Gabriela**

Ambato - Ecuador

Marzo, 2011

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mí calidad de Tutora del trabajo de investigación sobre el tema: "**LA TERAPIA OCUPACIONAL Y EL ESTADO DE ÁNIMO DEL ADULTO MAYOR EN EL ASILO DE ANCIANOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**", del egresado CRISTIAN PAUL HERRERA CHICAIZA, con la tesis previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico, considero que dicho informe final de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el Honorable Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, enero 28 de 2011

**LA TUTORA**

---

**PSCL. VERÓNICA LEÓN BURBANO**

## **AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: "**LA TERAPIA OCUPACIONAL Y EL ESTADO DE ÁNIMO DEL ADULTO MAYOR EN EL ASILO DE ANCIANOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**", como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, enero 28 de 2011

**EL AUTOR**

---

**CRISTIAN PAUL HERRERA CHICAIZA**



## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor:

---

**CRISTIAN PAÚL HERRERA CHICAIZA**

**APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Los miembros de Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación, sobre el tema **"LA TERAPIA OCUPACIONAL Y EL ESTADO DE ÁNIMO DEL ADULTO MAYOR EN EL ASILO DE ANCIANOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO"**, del egresado Cristian Paul Herrera Chicaiza, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la carrera de Psicología Clínica.

Ambato, enero 28 de 2011

Para constancia firman:

\_\_\_\_\_  
PSCL. VERÓNICA LABRE

\_\_\_\_\_  
DRA. PATRICIA ROJAS

\_\_\_\_\_  
DR. ISAAC SÁNCHEZ



## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado para Gladys Maribel Azogue y Christopher Alejandro Herrera Azogue, mi familia, quienes son mi inspiración todos los días y que sin ellos esto no hubiera sido posible realizarlo.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres María Dolores Chicaiza Freire y Oswaldo Segundo Herrera Sandoval, quienes me brindan su apoyo en todo el transcurso de mi vida. A los docentes que de una u otra forma aportaron en la presente investigación, los cuales son: Pscl. Verónica León Burbano, Dra. Nancy Betancour, Dr. Renato Betancour, y el Dr. Jorge Villa. Les reitero mis más sinceros agradecimientos.

El Autor

## ÍNDICE GENERAL

<b>PRELIMINARES</b>	<b>Pág.</b>
Portada.....	i
Aprobación del tutor.....	ii
Autoría de la tesis.....	iii
Derechos de Autor.....	iv
Aprobación del jurado examinador.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Indicé general.....	viii
Índice de cuadros.....	xi
Índice de gráficos.....	xii
Índice de Tablas.....	xii
Resumen ejecutivo.....	xiii
Introducción .....	1

## CAPÍTULO I

### El Problema de Investigación

1.1 Tema.....	2
1.2. Planteamiento del problema.....	2
1.2.1. Conceptualización	
Macro.....	2
Meso.....	6
Micro.....	7
1.2.2. Análisis Crítico.....	10
1.2.3. Prognosis.....	11
1.2.4. Formulación del problema.....	11
1.2.5. Preguntas Directrices.....	11
1.2.6. Delimitación del contenido.....	12

1.3. Justificación.....	13
1.4. Objetivos.....	14

## CAPÍTULO II

### **Marco Teórico**

2.1. Antecedentes investigativos.....	15
2.2. Fundamentación Filosófica.....	16
2.2.1. Fundamentación Epistemológica.....	17
2.2.2. Fundamentación Ontológica.....	17
2.2.3. Fundamentación Sociológica.....	17
2.2.4. Fundamentación Pedagógica.....	18
2.2.5. Fundamentación Legal.....	19
2.2.6. Fundamentación Psicológica.....	19
2.3. Categorías fundamentales.....	21
2.3.1 Integración Social.....	22
2.3.2 Psicoeducación.....	23
2.3.3 Rehabilitación.....	24
2.3.4 Terapia Ocupacional.....	25
2.3.5 Salud Mental.....	47
2.3.6 Psicología Clínica.....	47
2.3.7 Área Afectiva.....	48
2.5. Hipótesis.....	68
2.6. Señalamiento de variables de la hipótesis.....	68

## **CAPÍTULO III**

### **La Metodología**

3.1. Enfoque de la investigación .....	69
3.2. Modalidad de la investigación.....	69
3.3. Nivel o Tipo de la investigación.....	70
3.4. Población y Muestra.....	70
3.5. Operacionalización de las Variables.....	71
3.6. Técnicas e instrumentos.....	74
3.7. Plan de recolección de información.....	75
3.8. Procesamiento y análisis de la información.....	77

## **CAPÍTULO IV**

### **Análisis e interpretación de resultados**

4.1. Análisis e Interpretación de resultados.....	87
4.2. Verificación de Hipótesis.....	118

## **CAPÍTULO V**

5.1. Conclusiones.....	120
5.2. Recomendaciones.....	121

## **CAPÍTULO VI**

### **Propuesta**

6.1. Datos Informativos.....	122
6.2. Antecedentes de la Propuesta.....	122
6.3. Justificación.....	124
6.4. Objetivos.....	125
6.5. Fundamentación.....	126



6.6. Metodología.....	127
6.6.1. Plan de Acción.....	133
6.7. Administración.....	136
6.8. Previsión de la propuesta.....	137

## **Materiales de Referencia**

### **C**

1. Bibliografía.....	138
1.1 Infografía.....	141
2. Anexos	
1. Anexo N·1: Historia Clínica.....	143
2. Anexo N·2: Entrevista- encuesta dirigida a los Adultos Mayores del H.P.D.A.....	146
3. Anexo N·3 Mini Mental.....	147
4. Anexo N·4: Escala de depresión geriátrica de resumida de Yesavage y Cols. (GDS.r).....	150
5. Anexo N·5: Escala de Hamilton para la Ansiedad.....	151

## **INDICE DE CUADROS**

### Cuadro N·1

Variable independiente:.....	71
------------------------------	----

### Cuadro N·2

Variable dependiente:.....	72
----------------------------	----

### Cuadro N·3 al Cuadro N·8

Correspondiente a la entrevista – encuesta sobre T.O (Anexo 2).....	87
---	----

### Cuadro N·9 al Cuadro N·24

Correspondiente al Test de Depresión G. de Yesavage y Cols.....	92
---	----

### Cuadro N·25 al Cuadro N·39

Correspondiente al Test de Ansiedad de Hamilton.....	103
Cuadro N.- 40	
Plan de acción.....	133
Cuadro N-41	
Gastos de Administración.....	136

### ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico N-1	
Categorías Fundamentales.....	21
Grafico N-2 al Gráfico N.-7	
Porcentajes del las preguntas del (Anexo N.-2).....	87
Grafico N-8 al Grafico N-23	
Porcentajes del (Anexo N.-4).....	92
Grafico N-24 al Grafico N-38	
Porcentajes del (Anexo N.- 5).....	103

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N-1 a Tabla N-6	
Correspondiente de la Tabulación del (Anexo N.-2).....	77
Tabla N-7 a Tabla N-21	
Correspondiente de la Tabulación del (Anexo N.-4).....	79
Tabla N-22 a Tabla N-36	
Correspondiente de la Tabulación del (Anexo N.-5).....	82

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**"LA TERAPIA OCUPACIONAL Y EL ESTADO DE ÁNIMO DEL ADULTO MAYOR EN EL  
ASILO DE ANCIANOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO"**

AUTOR: CRISTIAN HERRERA  
TUTORA: PSC.CL VERÓNICA LEÓN  
FECHA: ENERO, 2011

**RESUMEN EJECUTIVO**

El tema seleccionado "La Terapia Ocupacional y el Estado de Ánimo del Adulto Mayor en el Asilo de Ancianos del Hospital Provincial Docente Ambato e el periodo Lectivo Marzo 2010 – Enero 2011". Con interés de saber si la Ausencia de Terapia Ocupacional es una de las causas que influye en la aparición de Trastornos del Estado de Ánimo en esta población, indagando si tiene una relación sistemática y a su vez proponiendo una solución al mismo. En el capítulo I la contextualización se basa en la fundamentación de la Terapia Ocupacional y el estado de Ánimo del Adulto Mayor en Europa, EE.UU y América Latina. En nuestro país el trato al Adulto Mayor es deplorable en comparación con los países europeos, ya que el anciano no es tomado muy en cuenta por la sociedad la misma que por tales motivos no implementa los recursos necesarios para que este tenga un buen servicio en el área social, laboral, familiar y de salud. El análisis crítico plantea la Terapia Ocupacional como una alternativa del Área de psicología para intentar lograr un bienestar en el Estado de Ánimo del Adulto Mayor. El objetivo general de la investigación es " Relacionar sistemáticamente la Ausencia de Terapia Ocupacional en el Estado de Ánimo del Adulto Mayor del asilo del H.P.D.A". El II capítulo detalla las variables conceptualizándolas de una forma precisa y resumida, igualmente indica que el paradigma crítico-propositivo es el que se va a utilizar y el fundamento psicológico. De igual manera se plantea la hipótesis: " La Ausencia de Terapia Ocupacional influye en el desarrollo de trastornos del estado de ánimo del Adulto Mayor del H.P.D.A". En el III capítulo se trata el enfoque cualitativo-cuantitativo es decir la comprensión y tabulación de la información, el tipo, la modalidad y población con la que se laborará la investigación. Se puntualiza cada variable en los cuadros de operacionalización de variables. En el capítulo IV se realiza la tabulación de la información recogida de la entrevista- encuesta sobre la Terapia Ocupacional en el Asilo de Ansianos del H.P.D.A. y los reactivos psicológicos como: La escala de Depresión Geriátrica Resumida de Yesavage y Cols, (GDS-r) y Escala de Hamilton para la Ansiedad. La interpretación y la verificación de la hipótesis. En el V capítulo se encuentran las conclusiones y recomendaciones. En el VI capítulo se plantea la propuesta Basada en Terapia Ocupacional para el Adulto Mayor del Asilo de Ansianos del H.P.D.A. Descripción de la tesis: Terapia Ocupacional, Ausencia, Trastornos del Estado de Ánimo.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación está fundamentado en la problemática que atraviesa el adulto mayor institucionalizado, debido a que por el proceso de envejecimiento propio de la edad le conlleva al anciano a deteriorarse cognitivamente y muchas veces ser consciente de su deceso en las actividades de la vida diaria producidas por el mismo deterioro y que este problema y la concientización del mismo conllevan a trastornos del estado de ánimo empeorando su problema inicial.

Se trabajó mediante la Terapia Ocupacional que estuvo compuesta de actividades para enlentecer el deterioro cognitivo y fomentar la sociabilidad, de igual manera se atendió las necesidades que pudiesen tener los adulto mayores en las actividades de la vida diaria. En esta forma con la Terapia Ocupacional se evitó el sedentarismo mediante la estimulación cognitiva, también sirvió para la desinhibición de tensiones y a su vez evitó pensamientos recurrentes disfuncionales que pudiesen afectar o empeorar el estado del adulto mayor en la institución.

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1.- Tema

La Terapia Ocupacional y el estado de ánimo del Adulto Mayor en el Asilo de Ancianos del Hospital Provincial Docente Ambato.

#### 1.2.- Planteamiento del problema

La ausencia de terapia ocupacional es una de las causas que influye en la aparición de trastornos del estado de ánimo en el adulto mayor del asilo de ancianos del Hospital Provincial Docente Ambato en el periodo lectivo marzo 2010 – enero 2011.

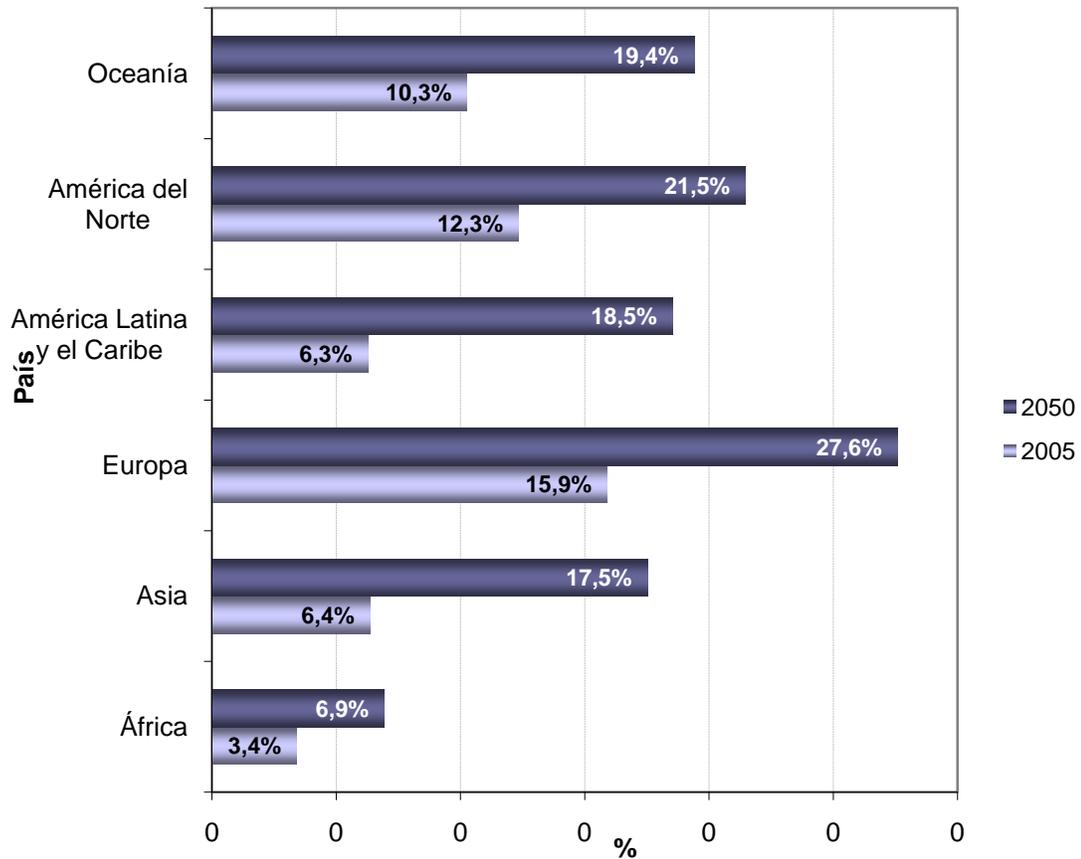
##### 1.2.1.- Contextualización

###### ▪ MACRO

Con respecto a la realidad de lo que sucede en la tercera edad y su relación con la psicología, Riquelme A. (1997); Murcia; refiere: *“Durante el proceso de envejecer, confluyen una serie de circunstancias tales como disminución de facultades físicas, mayor facilidad para enfermar, padecimiento de enfermedades crónicas, disminución de los recursos económicos, aislamiento, pérdida de seres queridos, etc., que pueden favorecer la aparición de procesos psicopatológicos”*.

Para tener una visión general de la cantidad de población mayor de 65 años de edad en el mundo se presenta un cuadro estadístico del “Informe 2008 de los Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas”; España:

**Gráfico 1.5  
PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS POR  
REGIONES, 2005 Y 2050**



Fuente: N.U.: World Population Prospects: The 2006 Revision. U.N., consulta en mayo de 2008.

Por otra parte Balkom, Beekman, Beurs, Deeg, Dyck y Tilburg (2000; 2001); Netherlands.; mencionan la realidad del profesional inmerso en el área de Salud Mental aplicada al Adulto Mayor de la siguiente manera: “*En el caso de la salud mental, en este colectivo, se complica por la mayor dificultad en la detección y diagnóstico de trastornos mentales y más específicamente en el*

*área afectiva, tal como el padecimiento de ansiedad, depresión o trastornos adaptativos”.*

Estas entidades suelen cursar enmascaradas en los ancianos y muchas veces solapadas con los frecuentes problemas físicos o funcionales. Dentro de los trastornos psicopatológicos, los más frecuentes en el anciano son los trastornos emocionales (ansiedad y depresión). (ibíd.)

López (1979); España; menciona la alteración del estado de ánimo y su prevalencia en la vejez de la siguiente manera: *“Los trastornos del estado de ánimo y fundamentalmente la depresión tienen una elevada prevalencia (en base a su alta incidencia, recurrencia aumentada y tendencia a la cronicidad) y conllevan alta morbilidad tanto directa como indirecta comorbilidad con otros procesos”.*

La depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica. Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública, ya que, entre otros factores, aumentan con la edad. (ibíd.)

Para mencionar la Terapia Ocupacional en España, Moruno y Talavera (1980); comentan que: *“Cuatro mil quinientos terapeutas desarrollan su perfil profesional asistencial en diversos ámbitos, la mayoría ejercen en Gerontología, salud mental y rehabilitación física”.*

De la misma manera en Estados Unidos Adolf Meyer, psiquiatra que trabajó a finales del siglo XIX y principios del XX, proporcionó a la Terapia Ocupacional una base. Meyer creía que los ritmos de la vida (trabajo, juego, descanso y sueño) debían mantener un equilibrio y que este se conseguía por el hacer y la práctica habitual, con un programa de vida saludable como base para un sentimiento o emoción saludable. Así también el uso apropiado

del tiempo en alguna actividad útil y gratificante parece ser una cuestión fundamental en el tratamiento de pacientes neuropsiquiátricos. (ibid).

De igual forma que Moruno y Talavera, Pérez (1985); España; hacen hincapié en los objetivos e intervención de la Terapia Ocupacional de la siguiente forma: La terapia ocupacional lleva a cabo su labor en las discapacidades de origen físico, psíquico y en la marginación social, en campos como el entorno hospitalario, escolar y laboral. Conceptualiza al ser humano como un sistema dinámico abierto donde interactúan sus capacidades físicas, psíquicas y sociales, entre sí y con el entorno que le rodea. Por tanto, esta disciplina trata y reeduca cualquier afectación en estas capacidades que ocasionen al individuo una disfunción ocupacional que le impida llevar a cabo sus ocupaciones con autonomía.

Para lograr una perspectiva de la visión del hombre occidental sobre envejecer y morir, López Martín (2005); Madrid; expresa: *“Envejecer y morir son los dos hechos considerados por el ser humano occidental como los mayores fracasos vitales. Los valores imperantes son en términos generales, la juventud, la belleza, la salud, el éxito profesional, etc.”*

También el mismo autor nos refiere que: En la etapa de la vejez destaca la concentración de pérdidas de diversa índole, la pérdida de la salud, el deterioro de la imagen corporal, del status social y laboral, a veces la pérdida de la vivienda propia, del entorno de toda una vida. Todas estas pérdidas, nada desdeñables desde el punto de vista de la salud, se suman a las pérdidas humanas, principalmente de la pareja, hermanos y amigos y compañeros de trabajo, y a veces aceptan peor las pérdidas en sí mismo, que las de una persona allegada desencadenan en un sin número de síntomas reactivos entre ellos los afectivos al sentimiento de pérdida que se produce en la vejez.

- **MESO**

Para obtener una perspectiva de los Trastornos del Estado de Ánimo en México, Canto y Castro (1990), en su estudio “Depresión, Autoestima y Ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo”; refieren: El estudio se enfocó en los niveles de depresión, ansiedad y autoestima en los ancianos, especialmente en quienes viven en asilos o que acuden a estancias con frecuencia.

De los resultados obtenidos, se observó de manera general que hay probabilidades de que a mayor nivel de autoestima, menor de presión; a mayor nivel de ansiedad, mayor probabilidad de depresión, y a menor autoestima, mayor el nivel de ansiedad. (ibíd.)

Al comparar las estancias con los asilos en cuanto a los niveles de depresión, ansiedad y autoestima, sólo se halló una diferencia significativa de mayores niveles de ansiedad en los asilos. Los niveles de depresión y de autoestima no resultaron significativos en ninguno de tales lugares, aunque es común suponer que en ellos predominan la depresión y la baja autoestima. (ibíd.)

De igual manera Espinosa, Caraveo, Zamora, Arronte, Krug, Olivares, Reyes, Tapia, García, Doubova, Peña (2007); en su artículo “Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores.- revista “Salud Mental””; mencionan: Es frecuente que el médico de atención primaria considere como "causa" de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros; por lo tanto la considera "justificada" y evita proporcionar tratamiento, cuando en realidad esta incapacidad suele ser ocasionada por la misma depresión.

El mismo autor comenta que la depresión es uno de los padecimientos psicogerítricos más frecuentes y en México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años. En la mayoría de los casos no es diagnosticada por la presentación atípica de la misma o por la falsa creencia de que forma parte del envejecimiento normal, puesto que en el adulto mayor la depresión se puede esconder en síntomas somáticos, ya sea como manifestaciones del síndrome depresivo o porque a causa de éste se acentúan los síntomas de otras enfermedades concomitantes. Los síntomas cognitivos secundarios se presentan con más frecuencia en este grupo etario.

En esta parte Leonardo y Kaemppffmam (1991); Argentina; hacen referencia al sentimiento de carga e inutilidad del adulto mayor dentro de una institución de la siguiente manera: *“El sentimiento que opera dentro del adulto mayor en el ingreso a un establecimiento de internación es de carga e inutilidad”*.

La rutina institucional se encarga de profundizar en los residentes la internalización de este prejuicio. Mediante prácticas sobreprotectoras, los ancianos dejan de realizar tareas, aún las más livianas; convirtiéndose, así, objetos pasivos de asistencia. (ibíd.)

#### ▪ **MICRO**

En el Hospital Provincial Docente Ambato, área de Gerontología – ASILO DE ANCIANOS (2010), se evidencia el deterioro psicofísico normal en el proceso de envejecimiento del adulto mayor, en las entrevistas y test psicológicos aplicados. Este deterioro en el adulto mayor abarca motricidad fina, motricidad gruesa y pérdida de las funciones intelectuales que a consecuencia producen en el anciano estados de ánimo alterados que se puede evidenciar en facies depresivas, tristeza, anhedonia, baja autoestima,

sentimientos de inutilidad, ansiedad, sentimientos de culpa por no poder hacer las cosas que antes sabían hacer, entre otras.

En esta etapa la persona ya no encuentra sus habilidades físicas o psíquicas que antes conservaba si no que aparecen con un deterioro leve, moderado o grave, lo que conlleva a trastornos afectivos graves en algunas ocasiones.

A menudo ansiedad y depresión tienden a ser ocultadas por los ancianos debido a que no aceptan la etapa por la que se encuentran cruzando sus vidas que es común, en consecuencia reaccionan respondiendo que todo se encuentra bien y racionalizando las ideas para encaminarlas a una respuesta más aceptable para los demás.

En geriatría existen 42 ancianos con los cuales se los investigó para determinar cuál es la población verdadera con la que se trabajará. Existen 1 enfermeras y 2 doctores, uno de medicina general y otro del área de psiquiatría, de igual forma 1 trabajadora social, 1 psicóloga y 4 empleados de limpieza con los cuales se puede obtener información extra de la población a investigar, si el caso lo amerite.

En el proceso de seguimiento a los ancianos en el asilo se los interviene con medicamentos para dolores de cabeza, huesos, entre otras, correspondientes a medicina general, algunas ocasiones el adulto mayor después de haber ingerido medicamentos para suplir el dolor que siente, este después de una hora continua sintiendo los mismos síntomas, es posible que el malestar se deba más a un Trastorno del Estado de Ánimo que este por su magnitud puede pasar a un trastorno conversivo o psicósomático. De igual forma existe un psiquiatra que suministra drogas farmacéuticas para las posibles patologías como: trastornos de personalidad, entre otras. Existe en el asilo un lugar para la Terapia Ocupacional pero no

existe un personal calificado para realizarla, debido a esto, no se realiza la terapia en sí, en vez de eso se realiza actividad ocupacional, de igual forma esta actividad no es constante y regular por lo cual carece de efectividad, no persigue ningún fin, ni propósito lo que la convierte en únicamente una actividad y no una terapia. Debido a que se denomina Terapia Ocupacional a cualquier actividad, que esté enfocada en la recuperación de un daño físico o intelectual. En el Asilo de Ansianos del H.P.D.A fue necesaria una investigación que se encaminó a una terapia ocupacional efectiva en el área cognitiva y psicosocial del Adulto Mayor.

### **1.2.2.- Análisis Crítico**

Al adulto mayor se lo a estereotipado de una manera catastrófica viéndolo como un ser inútil, incapaz de realizar alguna tarea, así como en la mayoría de la familias se lo aprecia como un “estorbo”, como una carga de la cual hay que deshacerse y la opción más fiable es; el asilo de ancianos, donde se supone que en ese lugar el anciano encontrara mayor atención y cuidados que en su propia casa.

Por lo tanto el adulto mayor al darse cuenta que ingresa a la etapa de la vejez se sentirá preocupado, triste, ansioso, con pensamientos catastróficos, entre otros estados más. En algunos casos estará pendiente de todas sus capacidades que tiene y lo que puede hacer con ellas, mientras que en otros casos no, ya que se vera inmerso en trastornos afectivos como, depresión, baja autoestima y ansiedad que son los más comunes en donde dejará de responder a estímulos o presentara dolores psicósomáticos agravando su deterioro y llevándolo hacia una demencia de forma rápida.

Dado que los ancianos en esta etapa necesitan mayores cuidados, necesitan de una atención digna y sobretodo necesitan sentirse capaces, sentirse útiles, sentir que todavía pueden aportar algo y lo puedan realizar tanto para bien de ellos como de los demás.

En este periodo ingresa la terapia ocupacional en su definición por la Oficina Gubernamental de prensa de los EE.UU., (1918) que la menciona:”Como la ciencia para la curación mediante la ocupación”, correspondiente a nuestra investigación se pretenderá influenciarla en el estado de ánimo de los ancianos del asilo del H.P.D.A, como una opción de afrontamiento ante un proceso doloroso para los ancianos en esta ultima etapa de la vida.

El estado de ánimo en la tercera edad tiende a convertirse en un problema de vital importancia para todos, no solamente para el adulto mayor, ya que si

somos consientes seremos partícipes de esta etapa tan despreciada y olvidada.

### **1.2.3.- Prognosis**

Al no prestar atención a los posibles trastornos afectivos en el anciano producto de su deterioro psicofísico, prolongaremos su sufrimiento y eliminaremos en él la posibilidad de sentirse tranquilo, alegre, y libre en sus años restantes que tiene para vivir, ya que los estados de depresión, ansiedad, baja autoestima, los sentimientos de inutilidad, concluirán agravando su deterioro neurológico y su afectividad. En el ámbito social aquellos adultos mayores que no reciben una buena atención en el asilo tienden a querer irse de la institución, logrando así que mendiguen, que mueran por atropellamiento, por hambre, soledad, o decidan suicidarse.

### **1.2.4.- Formulación del Problema**

¿Es la ausencia de Terapia Ocupacional la que influye en la aparición de trastornos del estado de ánimo en el adulto mayor del Asilo de Ancianos del H.P.D.A?

### **1.2.5.- Preguntas directrices**

- 1.- ¿Cómo influye la ausencia de terapia ocupacional en los trastornos de estado de ánimo de del adulto mayor en el asilo de ancianos del H.P.D.A?
- 2.- ¿Se desarrolla de manera periódica Terapia Ocupacional en el adulto mayor del asilo de ancianos del H.P.D.A?
- 3.- ¿Cuál es el Estado de Ánimo predominante en el adulto mayor del H.P.D.A, en ausencia de la Terapia Ocupacional?
- 4.- ¿Qué actividades de la Terapia Ocupacional son eficaces para mejorar el estado de ánimo del adulto mayor del H.P.D.A?

## **1.2.6.- Delimitación del Objeto de la investigación**

### **Delimitación del contenido**

- CAMPO: Psicología Clínica.
- ÁREA: Estados Emocionales.
- ASPECTO: Terapia Ocupacional en el adulto mayor.

### **Delimitación espacial**

La investigación se realizará en la provincia de Tungurahua cantón Ambato en el Asilo de Ancianos del Hospital Regional Docente Ambato.

### **Delimitación temporal**

El trabajo de investigación se desarrollara durante el periodo enero – julio (2010).

### **Unidades de observación**

- Autoridades de la institución.
- Ancianos del Hospital Provincial Docente Ambato.
- Personal calificado del asilo de ancianos del H.P.D.A.

### **1.3.- Justificación**

El interés por la presente investigación surge a partir de las prácticas pre-profesionales en el Asilo de Ancianos del Hospital Provincial Docente Ambato (2010), cuando se pudo observar que el adulto mayor no tenía actividades rutinarias en donde pueda entretenerse, actividades que eviten el deterioro cognitivo o aquellos pensamientos que puedan llevarlo a síntomas de ansiedad y depresión.

De la misma forma este trabajo abarca la necesidad de proteger y servir dignamente al anciano, el cual es un ser humano que se encuentra en un proceso en donde necesita el apoyo incondicional y necesario para poder sobrellevar su vida a plenitud, visión que involucra el objetivo general del departamento de geriatría del H.P.D.A.

Igualmente se intentó interferir en su cuadro afectivo y patológico de deterioro que no agrave e influya significativamente en su entorno social y su vida personal.

Se ha observado que los ancianos en su proceso de envejecimiento les sobrevienen cuadros depresivos, tristeza, ansiedad, entre otras, conllevando a agravar más su proceso degenerativo afectando así a su estado afectivo.

Esta investigación fue de gran utilidad para poder obtener varias alternativas de solución derivadas de la terapia ocupacional de la cual entendemos que son actividades de autocuidado, trabajo y juego para aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad, que en el caso del adulto mayor del asilo sería enlentecer el deterioro cognitivo y disminuir algún estado de depresión y ansiedad que pudiese tener el adulto mayor. En la terapia ocupacional encontramos actividades de memoria, atención, películas educativas, música de relajación, pintura, entre otras, en donde se pretende modificar

el estado de ánimo del anciano y a consecuencia mejorar su estadía en el asilo.

La presente investigación fue factible debido que cuenta con los elementos humanos: adulto mayor del área de geriatría y personal calificado en el asilo. De igual manera el material investigativo fue una ayuda para los primeros y una herramienta fundamental para los segundos beneficiarios.

Para ello se pretende plantear un manual de Terapia Ocupacional que promueva e interfiera en el estado de ánimo del adulto mayor cambiándolo de manera positiva, y sea aceptable para el individuo y su estadio en la institución.

Por tal razón el presente estudio es original dentro del contexto particular, por lo cual cuenta con la voluntad y disposición de tiempo del autor.

## **1.4.- Objetivos**

### **1.4.1.- Objetivo general**

- Relacionar sistemáticamente la Ausencia de Terapia Ocupacional en el estado de ánimo del adulto mayor del asilo del H.P.D.A.

### **1.4.2.- Objetivos específicos**

- Detectar si se desarrolla Terapia Ocupacional de manera periódica en los adultos mayores del Asilo de Ancianos del H.P.D.A
- Identificar el estado de ánimo predominante en el adulto mayor en ausencia de la Terapia Ocupacional.
- Plantear alternativas de solución mediante actividades de la terapia ocupacional para mejorar el estado de ánimo del adulto mayor.

## CAPITULO II

### II.- MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes investigativos

Díaz (2005), en su tesis *“Efectos de la intervención psicológica en el deterioro cognitivo de ancianos residencializados”*; Universidad: DEUSTO: Bilbao, España; refiere:

*“La presente tesis doctoral toma en consideración el deterioro cognitivo en la tercera edad como el factor común de las principales enfermedades neurodegenerativas ligadas a la vejez, y la necesidad de enfoques o programas que prevengan y/o retrasen su instauración y desarrollo en las personas ancianas. Esta investigación genera y aplica un programa de estimulación cognitiva (denominado "Gimnasia de la Memoria") para mantener y/o mejorar las funciones cognitivas de hombres y mujeres”.*

Vargas (2009) en su tesis *“Prevención del deterioro cognitivo en el adulto mayor propuesta de un plan de intervención”*; Universidad: Pontificia Universidad Católica del Ecuador: Quito; menciona:

*” La presente tesis de enfermería tomando en cuenta el deterioro cognitivo que se presenta en el adulto mayor toma la iniciativa y mediante un plan de intervención pretende relentecer el deterioro cognitivo que se va presentando mediante avanza la edad de un individuo en la adultez mayor”.*

García (2007) en su tesis *“Diseño de un sistema de objetos para terapia ocupacional, tercera edad, extremidades superiores”*; Pontificia Universidad Católica del Ecuador: Quito; comenta:

*” La presente investigación tiende a instaurar nuevos implementos útiles en la terapia ocupacional, para obtener un mayor dinamismo en la misma y a su vez recopilar mayores resultados positivos en la rehabilitación del individuo correspondiente a sus habilidades y destrezas superiores”.*

## **2.2.- Fundamentación Filosófica**

El paradigma de la investigación es crítico porque cuestiona los esquemas sociales complementarios, de igual manera cuestiona la realidad del adulto mayor en los ancianatos cuando no existe una adecuada intervención terapéutica que reduzca los impactos que se producen a nivel afectivo por el transcurso de la vejez y el deterioro de sus funciones físicas y cognitivas que esta acarrea o a su vez estén inmersas en enfermedades degenerativas. También es propositivo cuando la investigación no se detiene en la simple observación de los fenómenos sino plantea alternativas de solución, como la terapia ocupacional misma que influye en actividades de autocuidado, trabajo y juego, realizando en sí, un clima de actividad y satisfacción para el adulto mayor del H.P.D.A, esto ayuda a la interpretación y comprensión de los fenómenos sociales en su totalidad.

Uno de los compromisos es buscar la esencia de los sujetos de estudio, la interrelación e interacción de la dinámica de las contradicciones que generan cambios profundos. La investigación está comprometida con los seres humanos y su crecimiento afectivo.

### **2.2.1.- Epistemológica**

Debido a que sostiene que el conocimiento va más allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos. Se aspira a que el sujeto se caracterice por ser proactivo, participando activamente, fortaleciendo su creatividad y su futura actitud creadora. Esto le llevara hacia una positiva asimilación proyectiva de la identidad nacional.

En este trabajo las ciencias se definen como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos a la transformación social y afectiva.

### **2.2.2.- Ontológica**

Este trabajo se fundamenta en que la realidad está en continuo cambio por lo que la ciencia con sus verdades científicas tiene un carácter perfectible. Entre los seres vivos, el humano para sobrevivir necesita aprender a adaptarse al medio a ser autónomo y utilizar adecuadamente su libertad.

El tipo de persona que se pretende formar debe tratar de ser autónoma y con un estado anímico estable. Tener una actitud de afirmación ante la existencia y el sentido de la vida; esta base anímica psicológica, espiritual hace posible y asegura la consistencia moral de la persona.

### **2.2.3.- Sociológica**

La investigación fundamenta en la teoría dialéctica del materialismo histórico donde se encuentra el constante cambio y transformación de la sociedad hacia el desarrollo y progreso. Todo ser humano alcanza la transformación hacia trascendencia en el tiempo y en el espacio.

La sociedad es producto histórico de la interacción social de las personas que es el proceso recíproco que obra por medio de dos o más factores

sociales dentro del marco de un solo proceso bajo ciertas condiciones de tiempo y lugar, siendo el aspecto económico un factor determinante.

Las relaciones humanas se basan en metas, valores y normas, su carácter y sustancia son influidas por formas sociales dentro de las cuales tienen, efecto las actividades del ser humano en el contexto social que se encuentran.

Vivimos en una época de transformaciones muy radicales, de gran velocidad e incertidumbre, en el contexto de una progresiva globalización de los mercados, creciente disponibilidad de nuevos conocimientos, instantaneidad de las comunicaciones y una mayor toma de conciencia respecto a las consecuencias de la forma de desarrollo basado en la depreciación de los ecosistemas.

La existencia de estos procesos de alcance universal conlleva a la planetarización de las manifestaciones culturales, sociales y al debilitamiento de las identidades nacionales.

Este enfoque favorece la comprensión y explicación de los fenómenos sociales suscitados en el contexto del adulto mayor con el afán de una transformación a favor de los mismos.

#### **2.2.4.- Pedagógica**

Se pretende que el aprendizaje sea una reconstrucción viva del saber, para ello, la educación debe ser sistemática, planificada, intensa y sostenida donde el docente promueva el desarrollo de la actividad mental que le permita articular procesos constructivos con contenido seleccionado previamente y ejecutados en un contexto social.

De igual forma la pedagogía debe ser enfocada al manejo de las necesidades cognitivas y sociales del adulto mayor por lo tanto la persona que se ocupe de esta actividad debe poseer amplias destrezas en la labor de impartir el conocimiento.

### **2.2.5.- Legal**

La Asamblea Nacional en la ley reformativa a la ley del anciano 2001, menciona:"

Art. 4.- En el artículo 21, agregase los siguientes literales:

"f) El desacato, la negativa, negligencia o retardo en que incurran los funcionarios públicos, representantes legales o propietarios de centros médicos en la prestación de servicios a personas de la tercera edad, especialmente a lo dispuesto en el artículo 14 de la presente Ley.

### **2.2.6.- Psicológica**

El aprendizaje es un concepto incluido en la pedagogía y también es objeto de estudio de la Psicología, por estar relacionada con los procesos mentales, la inteligencia y el desarrollo del ser humano, que le permita comprender, actuar y sentir de manera eficiente.

Las funciones psíquicas que procuran el aprendizaje deberán ser las más estimuladoras para que el adulto mayor alcance una interiorización y valorización de su yo que actúa adquiriendo conocimiento científico, técnicos que le permita ser verdadero, firme y útil consigo mismo y con los demás.

La corriente psicológica que sustentara la investigación será la cognitiva conductual, debido a que las actividades de la T.O se aplicarán a los aspectos cognitivos que se encuentran en proceso de deterioro realizando una estimulación en áreas como atención, memoria, sensopercepciones,

orientación, etc., de igual forma se logrará desviar posibles pensamientos recurrentes que molesten al adulto mayor ya que este se encontrara ocupado en alguna actividad de estimulación ya antes mencionada. A su vez este proceso generará un sentimiento de satisfacción debido a que se sentirá útil, logrando así una conducta estable en el Estado Emocional y en el contexto social en el que se encuentra el Adulto Mayor. Corroborando con la teoría expuesta anteriormente se expondrá el punto de partida de la corriente Cognitiva – Conductual.

Ruiz y Cano; mencionan: La Terapia Cognitiva – Conductual Parte de la tradición de la modificación de conducta y la importancia de los procesos de aprendizaje humano. La conducta humana sería aprendida, pero ese aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas o respuestas-consecuencias (conductismo) sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo.

De igual forma con el tiempo se intentara generar una conducta que sea de beneficio para el adulto mayor del H.P.D.A, en donde prefiera realizar alguna actividad productiva que una improductiva y perjudicial para el.

### 2.3.- CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

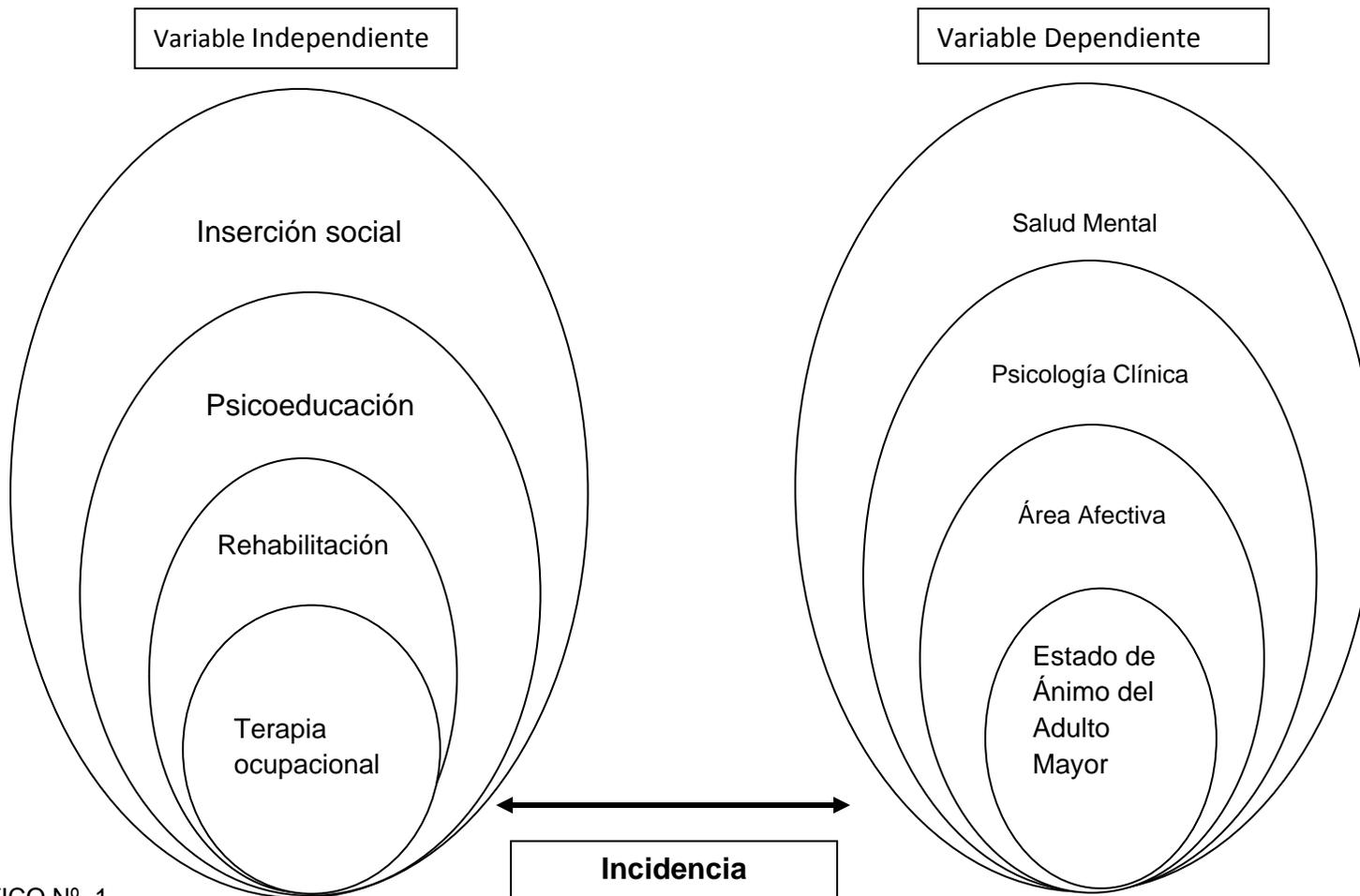


GRAFICO Nº- 1  
Fuente: Investigad  
Elaboración: Investigador

### **2.3.1.- Integración Social**

Antonio (2009) *menciona*: “La integración es la consecuencia del principio de normalización, es decir, el derecho de las personas con discapacidad a participar en todos los ámbitos de la sociedad recibiendo el apoyo que necesitan en el marco de las estructuras comunes de educación, salud, empleo, ocio y cultura, y servicios sociales, reconociéndoles los mismos derechos que el resto de la población. Produce un beneficio social que actúa de inversión a largo plazo para la sociedad”.

Las asignaturas o áreas a tratar son diversas, y varían desde las habilidades sociales y personales, inserción ocupacional o formación laboral. Un conjunto de conocimientos que sirvan para dar apoyo y asesoría a terceros en cuestiones de integración. (ibíd.)

Cuando desarrollamos planes integrales para realizar cambios profundos en la sociedad, debemos destinar nuestra atención a los más jóvenes si queremos crear un impacto generacional. Los niños además de ser más susceptibles al aprendizaje, se convertirán en el vehículo de información para el futuro. (ibíd.)

Herrera (2011); *menciona*: El trabajo en terapia ocupacional ayudara de manera similar a lo que es integración social debido a que en el proceso de su aplicación esta se la implementará de manera grupal en donde todos conformarán un ambiente social de un solo propósito, de igual forma en el transcurso de su aplicación la constancia de grupo asimilará en los residentes la familiarización con todos los integrantes del mismo, aunque este se complemente de tres personas.

### **2.3.2.- Psicoeducación**

Almendras (2003); refiere que: "Es un proceso que permite a las personas informarse, desarrollar y fortalecer sus capacidades para mantenerse saludables haciendo énfasis en aspectos psicológicos como motor para alcanzar sus objetivos".

La psicoeducación apunta a lograr un verdadero cambio de actitud comprometido con el proceso de salud, como el aprendizaje en cualquier área del conocimiento, no existe un sólo camino ni un sólo momento para aprender. Es deseable que la psicoeducación se integre a la formación curricular desde la infancia. (ibíd.)

León y García (2010) en su artículo "Los talleres psicoeducativos como experiencia transformadora con relación a la calidad de vida del adulto mayor" mencionan:

La instrumentación de los talleres psicoeducativos en el ámbito del adulto mayor constituyeron momentos de comunicación interpersonal intensa, caracterizados por la intensidad creativa, variedad de ritmos, transformación del espacio, atmósfera de juego, espejos de intercambio, construcción de mundos (conceptos, ideas, representaciones), procesos de descompactación y recomposición de identidades.

Herrera (2011); refiere que: Trabajando en la psicoeducación, los residentes del asilo entenderán cual es el motivo por el que están asistiendo y el ¿por qué?, de asistir a terapia ocupacional todos los días, con esperanzas de tener un lugar en la memoria a largo plazo para que le sirva a posterior de esta investigación y acudan a terapia ocupacional cuando se encuentren solos, aislados, tristes y tengan pensamientos recurrentes que los lleven a la ansiedad. De igual forma el trabajo contara con refuerzos positivos encaminados a una buena autoestima y a un mejor aprendizaje.

### **2.3.3.- Rehabilitación**

La Organización Mundial de la Salud (OMS); (1969), define: “La rehabilitación como parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica”.

Webmaster (2006); refiere: “Por rehabilitación entendemos el proceso para conseguir la recuperación más completa posible en el paciente, física y psicológicamente, de forma que pueda reintegrarse con normalidad en su vida social y laboral. Puede ser necesaria la intervención de psicólogos, de terapeutas ocupacionales en caso de existir alguna disfuncionalidad permanente, de logopedas, asistentes sociales, kinesiólogos, psiquiatras, etc.”

Aiguadé (2000); menciona que: “La rehabilitación en geriatría pretende aprovechar las capacidades residuales y anular las secuelas invalidantes, con la finalidad de conseguir la mayor independencia e integración del anciano a su medio sociofamiliar”.

Herrera (2011); menciona que: De igual forma en esta investigación centrada en el anciano del geriátrico del Hospital Provincial Docente Ambato (H.P.D.A), debido a la edad de los mismos y al deterioro cognitivo que presentan, se intentó enlentecer el deterioro cognitivo que se produce por la edad, así mismo se fomentó con las actividades producidas la desviación de los pensamientos recurrentes que los conllevan a la depresión, ansiedad e inactividad.

### 2.3.4.- Terapia Ocupacional

La American Occupational Therapy Association (AOTA) (La Asociación Americana de Terapia Ocupacional) (1986); define la Terapia Ocupacional como:

“El uso terapéutico de las actividades de auto cuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad, puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y para aumentar la calidad de vida”.

Moruno y Talavera (1995) en su artículo “*Terapia Ocupacional una perspectiva Histórica*”; mencionan: Los griegos, desde Escolapio (600 a.C.) en la ciudad de Pérgamo, hasta Pitágoras, Tales de Mileto u Orfeo (600 a. C. – 200 a.C.), utilizaron las canciones, la música y la literatura como medio terapéutico. Hipócrates recomendaba la lucha libre, la lectura y el trabajo con el fin de mantener y mejorar el estado de salud.

Hopkins en su libro “*Introducción a la terapia ocupacional*” transcribe:  
“*Terapia Ocupacional es cualquier actividad física o mental, prescrita por el medico y guiada profesionalmente para ayudar a un paciente a recuperarse de una lesión o enfermedad*” McNary (1947).

Pérez y Cuadrado (2002) en “la revista de neurología”; mencionan: La T.O trata de disminuir o compensar las deficiencias cognitivas, perceptivas o motoras para que el paciente neurológico alcance el mayor grado posible de funcionalidad y de autonomía. Aunque de momento no se ha evaluado la eficacia de la TO de forma sistemática, existen estudios que avalan su utilidad clínica en algunas afecciones neurológicas, como las enfermedades cerebrovasculares, las demencias y la esclerosis múltiple.

López (2002); en su obra: “Terapia Ocupacional en Geriatría 15 casos”; menciona:

“La tarea no es fácil. No basta con tratar los problemas de salud desde un punto de vista exclusivamente médico; ni los problemas cognitivos desde una perspectiva exclusivamente psicológica; ni los problemas de desempeño funcional desde un enfoque únicamente Ocupacional. La intervención en geriatría requiere un abordaje integral e integrador, en el que todas las disciplinas que participan en el cuidado del anciano (que son muchas) aporten sus conocimientos específicos para mejorar la situación global de la persona, considerando, en todo momento, las implicaciones clínicas, físicas, mentales y sociales de la enfermedad o disfunción”.

La premisa fundamental del trabajo en geriatría se basa en la necesidad de diferenciar los cambios patológicos de los cambios normales asociados con la edad. Es frecuente confundir unos y otros y cometer errores en el planteamiento terapéutico, tanto por exceso (considerar como anormales cambios que son consecuencia del paso del tiempo a través de las estructuras biológicas y psicológicas del organismo y, por lo tanto, normales), como por defecto (nihilismo terapéutico derivado de la consideración de que determinados trastornos son inherentes al envejecimiento). Tanto las consecuencias de los cambios normales, como las de los cambios patológicos, pueden ser susceptibles de mejora, pero para poder establecer una intervención adecuada es necesario un conocimiento detallado de los cambios normales asociados con la edad y de la patología, si bien, los límites entre enfermedad y envejecimiento normal no siempre son fáciles de establecer. (ibíd.)

Los principales objetivos de la intervención de Terapia Ocupacional en cualquier ámbito de actuación, en general, y en geriatría, en particular,

consisten en restaurar o mantener la independencia funcional óptima y el nivel de satisfacción vital, a través del análisis y selección apropiada de abordajes, métodos, técnicas y actividades, que permitan al individuo desarrollar o mantener las habilidades adaptativas requeridas para soportar sus roles vitales. (ibíd.)

Refiriéndose a la Terapia Ocupacional Herrera (2011); refiere que: como pudimos entender, es cualquier actividad encaminada a la recuperación de un área afectada que pudiese tener cualquier persona y le impida moverse, escribir, hablar, entre otras. De igual forma se entendió que esta Terapia Ocupacional viene de mucho tiempo atrás en donde se utilizaba la música, la lucha (peleas cuerpo a cuerpo), la lectura, entre otras, para mantener o mejorar el estado de salud de las personas. En esta investigación se pretendió implementar esta información para mejorar en el área afectiva al Adulto Mayor del Hospital Provincial Docente Ambato (H.P.D.A).

### ➤ **Terapia Ocupacional en el Área Geriátrica**

Según López (2002); para realizar cualquier tipo de actividad o tarea, el anciano debe poseer:

- Capacidad cognitiva para planificar la actividad.
- Capacidad motora para llevarla a cabo.
- Capacidad afectiva (motivación) para desear llevar a cabo la actividad.

Teniendo en cuenta lo anterior es frecuente que los terapeutas ocupacionales que trabajan en geriatría enseñen a:

- Ancianos con fractura de cadera (factor biológico),
- que además están deprimidos y desmotivados (factor psico-afectivo),
- cómo utilizar un andador para poder seguir realizando actividades grupales (factor social).

Este aprendizaje puede verse dificultado por tener dificultades para recordar las instrucciones (factor psico-cognitivo)". Así, podemos concluir

este apartado afirmando que los terapeutas ocupacionales geriátricos deben poseer amplia formación y habilidades para el manejo de disfunciones complejas que afectan a las funciones físicas, psíquicas y sociales. Para lograrlo con éxito suele ser necesaria una combinación ecléctica de marcos de referencia y/o modelos, que permita una aproximación correcta a los problemas y necesidades del anciano. (ibíd.)

Los principios fundamentales de Terapia Ocupacional son los mismos cuando trabajamos con ancianos que cuando trabajamos con otras personas pertenecientes a otros grupos de edad. Los diseños teóricos están compuestos por una gama de teorías en las que se incluyen conceptos fisiológicos, conductuales, psicodinámicos y cognitivos, que reflejan la complejidad de las necesidades físicas, psicológicas y sociales de las personas de edad avanzada. Este conjunto de teorías básicas determina que se pueden utilizar una gran variedad de abordajes para trabajar con ancianos. (ibíd.)

Como menciona el autor antes referido: la clave para que la intervención sea satisfactoria es aplicar las distintas fases y procedimientos del proceso de Terapia Ocupacional, cuyos elementos fundamentales son la realización de una concienzuda valoración, una revisión, análisis y resumen de los datos obtenidos, una identificación de los objetivos a corto, medio y largo plazo y una selección apropiada de los métodos de tratamiento. Además, en el proceso de Terapia Ocupacional se incluyen reevaluaciones periódicas, recogida de nuevos datos y planificación de prioridades. Todo ello marca la línea de base que indica cómo debe progresar el programa terapéutico.

El terapeuta debe utilizar otras estrategias de razonamiento clínico para considerar, además de lo anterior, la individualización del tratamiento, la facilitación de la independencia y la creación de un nuevo futuro. (ibíd.)

Fleming propone tres tipos de razonamiento clínico que se usan en Terapia Ocupacional, que son:

1. Razonamiento de procedimientos: para considerar los problemas físicos y/o mentales. La atención del terapeuta se centra en la discapacidad o minusvalía del anciano y, de esta forma, determina cuáles son las modalidades más adecuadas para mejorar el desempeño funcional de la persona.
2. Razonamiento interactivo: para guiar las relaciones con el anciano. Es una estrategia utilizada por los terapeutas ocupacionales cuando lo que quieren es comprender al anciano como persona.
3. Razonamiento condicional: para considerar al anciano en su propio contexto social y su futuro. Tiene varios aspectos. Primero, el terapeuta considera las circunstancias del anciano como un todo, incluyendo la discapacidad y lo que significa para él. Con estas imágenes en mente, el terapeuta planea la intervención y compara mentalmente todo ello con la situación antes de la enfermedad o lesión, con el progreso del tratamiento, con las expectativas del individuo para el futuro, etcétera. (ibíd.)

Además de estos tres tipos de razonamiento clínico, algunos autores han descrito otros dos tipos complementarios:

1. Razonamiento pragmático: definido por Schell y Cervero como una estrategia que tiene en cuenta factores del contexto de la práctica de la Terapia Ocupacional y factores personales del terapeuta.
2. Razonamiento narrativo: definido por Mattingly; describe dos formas en que los terapeutas ocupacionales utilizan este tipo de razonamiento: contando la historia del anciano, formal o informalmente, y creándola; el terapeuta prevé cómo va a

*evolucionar el paciente, basándose en ello para guiar el proceso de Terapia Ocupacional.* (ibíd.)

Como mencionaba López: De esta forma, el razonamiento clínico es un proceso multidimensional que tiene como resultado un plan de intervención para conocer e intentar satisfacer las necesidades únicas del anciano, no sólo para remediar la disfunción y promover el desempeño de tareas, sino también para recuperar un sentido valorado del yo y una vida plenamente significativa.

La interacción entre el anciano y el terapeuta se establece sobre la base de la cooperación; la consecución de los objetivos requerirá una participación activa del anciano, que se considera como el factor principal del proceso terapéutico. A partir de esta valoración rápida se decide si es adecuado o no intervenir. (ibíd.)

Herrera (2011); concluye: La intervención en el área geriátrica del Asilo de Ancianos del Hospital Provincial Docente Ambato (H.P.D.A), se basó en realizar el proceso de selección de la muestra con el Test Mini Mental a toda la población geriátrica, donde se destacó a aquellos Adultos Mayores que podían acatar una orden, planificar y llevar a cabo la tarea o actividad ocupacional dentro de la Terapia. De igual forma, a crítica del investigador se enfatizó y promovió de su suma importancia los tipos de razonamiento propuestos por Schell, Cervero y Mattingly, en la aplicación de Terapia Ocupacional en el Asilo de Ancianos del Hospital Provincial Docente Ambato (H.P.D.A).

### ➤ **Intervención desde la Terapia Ocupacional**

Según Matilla: El terapeuta ocupacional cuando recibe a un paciente anciano con diagnóstico médico de depresión, hará una evaluación que puede tener varios objetivos dependiendo de la razón por la cual se envía al paciente a terapia ocupacional.

Las razones más comunes para llevar a cabo una evaluación son:

- Efectuar un examen de la discapacidad. El propósito es identificar a los pacientes que tienen discapacidades (disfunciones en el desempeño de las tareas) y que son susceptibles de una evaluación más extensa. Se efectúa una evaluación al ingreso de la asistencia psiquiátrica.
- Es deseable tener procedimientos de selecciones breves y fáciles de administrar. Deberán ser muy sensibles.

Concretamente en la depresión es de utilidad preguntar al paciente acerca de:

1. ¿Cómo describiría sus perspectivas en la vida?
2. ¿Tiene dificultad para dormirse? ¿Cuántas veces se despierta a lo largo de una noche? ¿Cuánto tiempo tarda en volver a dormirse?
3. ¿Qué actividades le producen placer últimamente? ¿Qué actividades ha abandonado últimamente?
4. ¿Cómo se siente usted últimamente? ¿Cree que los demás le valoran? ¿Siente usted que es una carga o que es una mala persona?
5. ¿Ha disminuido su energía en los últimos tiempos? Hábleme de sus actividades diarias. ¿Qué hace por la tarde?
6. ¿Ha notado algún cambio en su capacidad de concentrarse? ¿Ha notado algún cambio en su memoria?
7. ¿Qué tal está de apetito? ¿Ha variado su peso?

8. ¿Se siente triste a menudo? ¿Ha pensado en hacerse daño a usted mismo?

➤ **Proceso Terapéutico de la Terapia Ocupacional**

▪ **Describir el estado funcional.**

Se realiza para proporcionar información acerca de las tareas de la vida diaria que puede desempeñar el paciente de forma independiente y dependiente. (ibíd.)

• **Proporcionar datos para planificar una intervención de terapia ocupacional.**

Para planificar un programa individualizado de terapia ocupacional es importante hacer una evaluación. Una evaluación de TO para planificar la intervención va más allá de lo necesario para describir un estado funcional. Además de determinar el nivel de independencia para el desempeño de las tareas, el terapeuta también debe determinar el potencial del paciente para mejorar o recuperar el estado funcional y el medio por el cual se puede lograr este cambio. Esto exige que el terapeuta evalúe la capacidad de un paciente para aprender o mínimamente responder a las modificaciones ambientales. (ibíd.).

El autor antes mencionado concluye: En otras palabras, no es suficiente con que un terapeuta determine si un paciente es dependiente en la tarea de bañarse. El terapeuta también debe determinar si el paciente es capaz de cambiar de un estado dependiente a otro más independiente en el baño.

▪ **Ayudar a determinar la competencia para la vida independiente.**

Los déficits en las tareas de movilidad, cuidados personales y manejo del hogar, colocan a los ancianos en riesgo si continúan una vida independiente en la comunidad. Uno de los usos de la valoración del estado funcional es ayudar a tomar decisiones acerca de la residencia comunitaria o la colocación en lugares supervisados. (ibíd.)

El mismo autor refiere: “Habrá que hacer la valoración en función de los recursos asistenciales con los que cuente el anciano, ya que si presenta un déficit para hacerse la comida puede haber un hijo (apoyo informal) que se la haga o si no un restaurante que le sirva diariamente la comida (apoyo formal) de manera que el anciano puede seguir viviendo en su casa. Por el contrario si no se encuentran apoyos formales ni informales habría que valorar otro tipo de residencia para el anciano.

### **Control de los efectos de las modalidades psiquiátricas.**

Las modalidades psiquiátricas de farmacología, terapia electroconvulsiva y psicoterapia se inician para aliviar los síntomas psiquiátricos como ansiedad, agitación, insomnio, depresión y paranoia. (ibíd.)

Es necesario evaluar si a medida que los pacientes se vuelven menos depresivos, también cuidan mejor su aspecto personal y se socializan más. La evaluación del estado funcional efectuada con propósitos de control se programa para que coincida con el curso del tratamiento psiquiátrico, como antes y después del tratamiento electroconvulsivo o antes de dar medicación antidepresiva o después de haber alcanzado el nivel terapéutico. También se puede controlar el estado funcional para determinar cualquier efecto adverso de la medicación o de la terapia electroconvulsiva. (ibíd.)

#### **▪ Evaluar la necesidad de contenciones físicas.**

De igual manera Matilla continua informando: “Las sujeciones se aplican a los ancianos para controlar el comportamiento interruptor como agitación, agresión, inquietud, combatividad y divagación; para proteger al paciente y al equipo del daño, para prevenir la interferencia con el tratamiento (por ejemplo, quitarse sondas naso gástricas, vesicales, etc.).

Las contenciones pueden exacerbar la confusión, aumentar la agitación, y no prevenir los accidentes. Las contenciones predisponen a los pacientes a

padecer lesiones cutáneas, estreñimiento y desorientación. Las medicaciones tranquilizantes se han utilizado como sustitutas de las contenciones físicas. (ibíd.)

El autor antes mencionado, concluye: Las contenciones no deben utilizarse para disciplina ni conveniencia. Las contenciones físicas son: chalecos, guantes, cinturones de asiento, lazos para las muñecas/codos, tablas de contención y sillas geriátricas.

Las sujeciones físicas pueden ser utilizadas sólo para "conseguir la seguridad física de un paciente y sólo con la orden escrita de un médico que especifique la duración y las circunstancias bajo las cuales se van a utilizar las contenciones". (ibíd.)

### ➤ **Evaluación de Terapia Ocupacional**

Matilla refiere: "La evaluación de terapia ocupacional se centra en el desempeño de las tareas de la vida diaria. Las tareas de la vida diaria abarcan cinco categorías principales - movilidad, cuidados personales, manejo del hogar, recreo y trabajo.

Se evalúan dos dimensiones: Destreza, que comprende la evaluación de la habilidad, o sea, lo que los pacientes son capaces de hacer en grados de independencia, seguridad y corrección que un paciente utiliza para completar una tarea. La evaluación de las destrezas informa acerca de lo que un paciente es capaz de hacer (habilidad) y de la discapacidad. (ibíd.)

Los Hábitos constituye la segunda dimensión del desempeño de tareas que se evalúa. Se refieren a las tareas rutinarias del paciente, describe la frecuencia con que el paciente utiliza sus habilidades para hacer las tareas. (ibíd.)

El mismo autor menciona: Las cinco categorías de la vida cotidiana forman una jerarquía:

▪ **Movilidad**

- La movilidad proporciona una impresión global del estado funcional del paciente.
- En la cama (de un lado a otro/ Hacia la cabecera y a los pies de la cama/ Hacia la posición de sentado)
- Traslados: Hacia la cama, a una silla, al retrete, a la bañera, al automóvil.
- Bipedestación
- Deambulación
- Subir y bajar escalones
- Girar
- Alcanzar algo por encima de la cabeza
- Inclinarsse, agacharse
- Capacidad de moverse con propósito de un lugar a otro dentro y fuera de la casa , encontrar los caminos
- Observar si hay fatiga en la realización de estas actividades.
- (Por ejemplo, podemos observar a un paciente que muestra inestabilidad en la bipedestación y deambulación y sin embargo cuando realiza tareas de vestido o de hacer las camas está más seguro y estable).

▪ **Cuidados personales**

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

La persona debe mantener autocuidados en:

- Alimentación
- Control de esfínteres

- Baño
- Higiene
- Arreglo personal
- Vestido
- Comunicación funcional

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

Concretamente en la depresión tendremos en cuenta los siguientes aspectos

- Apetito
- Pérdida de peso (o aumento)
- Incontinencia vesical e intestinal
- Olor del cuerpo
- Aspecto personal

Estos factores citados se evalúan para tener información de los hábitos del paciente.

El mismo autor expone 8 aspectos más para el cuidado del Adulto Mayor:

- **Manejo del Hogar**

Imponen mayores demandas de desempeño funcional que las anteriores porque exigen mayor control de objetos, algunos muy sofisticados.

- **Factores que se evalúan Movilidad avanzada**

- Entrar y salir del hogar con manipulación de puertas y cerraduras.
- Caminar llevando un peso (sacar la basura)
- Subir a una banqueta o escalerilla (cambiar una bombilla)
- Moverse en la comunidad (utilizar el coche o autobús)

- **Cuidados personales avanzados**

- Manejar las medicaciones (apertura de recipientes y manejar la posología)
- Utilizar el teléfono para obtener información, hacer citas, solicitar ayuda en una emergencia).

- **Tareas domésticas livianas**

- Ir a comprar alimentos (se puede hacer por teléfono) y ropa.
- Planificar alimentos calientes y fríos
- Lavar y secar platos
- Cuidar vestimentas ( lavado, secado, planchado, cosido)
- Aspirar, barrer el suelo
- Hacer una cama
- Realizar reparaciones pequeñas (una lámpara)
- Regar el jardín, rastrillar hojas.

- **Tareas domésticas pesadas**

- Cambiar ropas a la cama
- Limpiar elementos de la casa (frigorífico, ventanas, baños...)
- Tareas de mantenimiento del hogar (colgar cortinas, un cuadro...)
- Quitar nieve
- Cortar césped
- Arrancar las malas hierbas

- **Aspecto económico**

- Manejar dinero para las compras
- Pagar facturas
- Rellenar cheques y controlarlos

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

El observar el frigorífico con el alimento derramado, las habitaciones

desordenadas, la acumulación de basura, etc. informan acerca de los hábitos del paciente.

#### ▪ **Actividades Recreativas**

El terapeuta ocupacional en este aspecto debe conocer:

- Los gustos e intereses del paciente
- Las destrezas
- La participación

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

Pueden ser graduadas dependiendo de las demandas :

- Motoras
- Cognitivas
- Emocionales

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

#### ▪ **Habilidades de organización**

Es necesario que el paciente tenga capacidad de organizarse el día para integrar las tareas cotidianas en los hábitos y mantener un estilo de vida eficaz

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

De igual forma Mantilla menciona:

➤ **Métodos para evaluar los hábitos del paciente**

▪ **Observación**

Es el método más eficaz, pero muchas veces imposible realizarlo.

Cuando observemos al paciente realizando la tarea debemos prestar atención a:

- Grado de ansiedad
- Agitación psicomotora
- Retraso psicomotor
- Temblor
- Somnolencia
- Impulsividad
- Síntomas somáticos
- Alucinaciones o delirios.

▪ **Entrevista**

Es el método más utilizado, se necesita la presencia de un familiar del paciente para obtener datos reales, el familiar intervendrá exclusivamente cuando se lo pidamos. De la observación el terapeuta ocupacional obtendrá en diagnóstico funcional, por ejemplo, si un anciano presenta una disfunción en el vestido habrá que valorar qué es lo que impide la realización de la tarea, puede haber una desmotivación por la depresión que presenta (trastorno afectivo) pero además puede presentar una limitación de la flexión de cadera. Debemos tener en cuenta ambas deficiencias a la hora de planificar el tratamiento. (ibíd.)

➤ **Intervención en Terapia Ocupacional**

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

Por lo tanto la intervención irá dirigida al APRENDIZAJE DE LAS DESTREZAS que consiste en conocer una tarea y cómo realizarla. (ibíd.)

El mismo autor expone:

➤ **Los componentes de la intervención:**

**1. Impartir el conocimiento**

Se puede enseñar en sesiones formales de enseñanza. Por ejemplo, a los pacientes con depresión se les puede enseñar la importancia de participar en actividades para aliviar los sentimientos de pena, aburrimiento, aislamiento, aumentar el grado de autoestima, etc. Las tareas a su vez se descomponen en subtareas y en un secuenciamiento en el tiempo, un ritmo, que el paciente debe conocer.

**2. Establecer el medio ambiente oportuno para el aprendizaje.**

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

**3. Supervisar la práctica**

Se realiza a través de la práctica supervisada. Los pacientes repiten la tarea hasta que llegan a un nivel óptimo de eficacia para que les sirva para su vida diaria.

Se les da supervisión para alertar a los pacientes sobre las señales que facilitan el desempeño de las tareas y se les da retroalimentación sobre la calidad de la ejecución.

**4. Promover la autoevaluación**

Se estimula a los pacientes a valorar su propio desempeño para que lo internalicen o introyecten.

## **5. Integrar la destreza en los hábitos.**

El entrenamiento de una actividad en un paciente con depresión, podría empezar por una actividad grupal de corta duración, evitando que el paciente elija la tarea para no aumentar su nivel de ansiedad, y con una finalización de la tarea rápida para subir su autoestima y asegurarnos la continuidad del paciente en el tratamiento. Poco a poco se procurará que la actividad dure más tiempo para lograr mayor resistencia y que vaya eligiendo cómo hacerlo. Por ejemplo, en una actividad recreativa para una paciente con depresión, podríamos empezar por hacer un muñeco de trapo en grupo, a la paciente le daríamos una parte del muñeco como hacer una falda, que podría realizarlo en una sesión, deberíamos guiarla de cerca para que su nivel de angustia no se elevara. Al final de la sesión estaría terminada la tarea que contribuiría a construir entre "todos" el muñeco de trapo. Poco a poco alentaríamos a la paciente a construir su propio muñeco de trapo, cuando su nivel de autoestima y confianza en si misma hubiera aumentado, ella debería elegir la forma, los colores, etc.

Por último hay que integrar las tareas en los hábitos de la vida diaria del paciente. El mantenimiento de las destrezas se logra a través del uso frecuente de las tareas.

### **➤ Intervención Basada en los Hábitos**

Los déficits en los hábitos ocurren cuando las tareas de la vida diaria están:

- Desorganizadas
- Desequilibradas (cuando se restringe el número, la diversidad y el tipo de actividades)
- Cuando son inflexibles (supone que un anciano es incapaz de variar las rutinas para adaptarlas a circunstancias no previstas)
- Cuando son socialmente inapropiadas (cuando las tareas están descuidadas, como la limpieza, la independencia funcional). (ibíd.)

El anciano puede mostrar capacidad para cocinar o lavar la ropa (las destrezas están intactas) y puede mostrar algún déficit en la coordinación o la relación para llevar estas tareas a cabo en el tiempo estipulado en la rutina diaria y permita tiempo para otro tipo de tareas. (ibíd.)

La adquisición de hábitos es más difícil que la de las destrezas, Mantilla:

➤ **Entrenamiento en los Hábitos**

Tiene cuatro etapas:

1. Mantenimiento en la movilidad
2. Mantenimiento de las rutinas de cuidados personales
3. Participación en una actividad significativa
4. Reconstrucción de los hábitos relevantes para la situación vital.

1.- El OBJETIVO es aproximarse a la complejidad del ritmo de la vida diaria que necesita la persona, ya sea en la comunidad o en otra circunstancia restringida. El terapeuta ocupacional para entrenar las dos primeras etapas de mantenimiento de la movilidad y los cuidados personales PLANIFICA las rutinas:

- Esquema de horarios
- Establecer límites temporales
- Establecer estándares de desempeño
- Control del desempeño de las tareas

Gradualmente los pacientes adquieren mayor responsabilidad para manejar la movilidad y sus autocuidados. Cuando las dos primeras etapas ya se han conseguido, se introduce la 3ª. (ibíd.)

Referidos por el mismo autor:

➤ **La Participación en Actividades Significativas**

Se trata de hacer participar a los pacientes en un número limitado de tareas en un tiempo determinado. Las tareas deben ser compatibles con las destrezas del anciano así como de sus intereses. Por ejemplo, se podría enseñar a una anciana como doblar y colocar su ropa en el armario y de esta forma facilitarle las tareas del vestido cuando vaya al armario. También le podríamos indicar que llevara su ropa sucia cuando vaya de camino al desayuno.

Después de realizada la tarea, el paciente y el terapeuta ocupacional deben evaluar los puntos objetivos - cantidad y calidad del trabajo - y los puntos subjetivos - percepción y sentimiento.

El terapeuta ocupacional proporcionará retroalimentación de la realidad de los pacientes prestando un tono positivo a la evaluación. Poco a poco se irán agregando tareas que están determinadas por la situación vital del anciano.

▪ **El objetivo es estimular en el anciano el sentido de autocontrol.**

La etapa final del entrenamiento de los hábitos consta de la transferencia del desempeño de las tareas del lugar controlado de terapia ocupacional a la circunstancia vital real. En esta etapa los pacientes deben adquirir mayor responsabilidad en los aspectos de planificación y organización.

El manejo del tiempo incluye tener en cuenta todas las tareas obligatorias, permitir las tareas recreativas y manejar acontecimientos imprevistos. (ibíd.)

➤ **INTERVENCIONES BASADAS EN EL AMBIENTE**

La capacidad para realizar las tareas tiene dos aspectos o factores:

1. Factores internos que se denominan competencias.
2. Factores externos que suponen las demandas de las tareas.

Cuando las competencias del paciente no pueden ser mejoradas, a menudo se pueden reducir las demandas para permitir una mayor participación del anciano.

Por lo tanto los objetivos perseguidos son :

- Apoyar la competencia funcional de la persona.
- Proporcionar la estimulación apropiada.
- Promover la seguridad. (ibíd.)

▪ **La intervención basada en el ambiente incluye :**

- Manipulación de estructuras construidas como cambiar escalones por rampas.

- Manipulación de objetos como incluir ayudas técnicas, quitar alfombras, modificar el sitio de los muebles, etc. En resumen se trata de aportar al anciano un entorno seguro y cómodo donde pueda llevar a cabo una vida agradable. (ibíd.)

Mantilla menciona también:

➤ **La Función que Ejerce la Religión**

Otro aspecto que no debemos despreciar a la hora de tratar a un paciente mayor son sus creencias religiosas, la religiosidad promueve conductas positivas para la salud y un estilo de vida saludable. Por ejemplo, en los ancianos las creencias religiosas se asocian con disminución de actitudes suicidas, consumo de alcohol y estrés. La religión también se asocia con prohibiciones del hábito de fumar, invitación a tener un buen estado físico y recibir consejería o apoyo socioemocional.

La religiosidad promueve mecanismos psicológicos adaptativos ante el envejecimiento, la enfermedad y el sufrimiento, se asocia con alta autoestima y deseo de vivir, esperanza, sentido de trascendencia o continuidad entre la vida y la muerte. La esperanza es un sentimiento esencial del ser humano,

alimento del deseo de vivir; lo contrario, la desesperanza se asocia con aumento de la mortalidad y con mala calidad de vida. (ibíd.)

La religiosidad se ha usado como complemento de la psicoterapia. Los médicos también han utilizado «palabras curativas» al emplear adecuadamente la relación médico-paciente (alimentar la esperanza y la fe de los enfermos) o al reforzar mensajes positivos en la orientación de los pacientes. De igual forma el mismo autor menciona que se sabe de la importancia de la comunicación, del ser escuchado y de la catarsis; el paciente religioso siente que se le oye en su ritual religioso (pe. grupos) o en su comunicación personal con Dios (p.e. cuando lee las Santas Escrituras, al orar). (ibíd.)

La religión provee soporte emocional y social; se sabe que cuando una persona percibe que tiene al alcance el apoyo de otros, eso contribuye a darle mayor esperanza, y es esencial para la salud. (ibíd.)

La fe se considera otro componente esencial del ser humano, la fe religiosa y el optimismo pueden actuar sobre centros cerebrales asociados con el bienestar y producir relajación mental. Al saber que la religión es tan importante para los ancianos, y que produce muchos beneficios en ellos, no es posible que los profesionales de la salud estén ajenos a esa inmensa realidad. (ibíd.)

Por ultimo Mantilla refiere que: explorar y entender la religiosidad de los ancianos es una tarea esencial en la práctica geriátrica. Lo mínimo que se puede hacer es preguntarles a los pacientes sobre sus creencias religiosas y aconsejarles que las apliquen en su vida diaria, porque la oración les puede ayudar mucho. También es factible interconsultar con el sacerdote o el respectivo líder del grupo religioso al que pertenecen. (ibíd.)

Herrera (2011); menciona que: Todas estas actividades se consideran de suma importancia ya que se pretende en su mayoría lograr una independencia del Adulto Mayor al realizar las actividades básicas de su vida diaria (A.B.V.D). De igual forma como se ha mencionado anteriormente se deberá realizar un estudio de su capacidad cognitiva y física para poder implantar e incorporar cierta independencia mediante la Terapia Ocupacional.

#### **2.3.4.1.- Terapia Ocupacional focalizada en trastornos del estado de ánimo**

La 2ª Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Madrid; (2002): declara una de las recomendaciones para la adopción de medidas en el plan de acción internacional: “la participación en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado contribuyen también a aumentar y mantener el bienestar personal. Las organizaciones de personas de edad constituyen un medio importante de facilitar la participación mediante la realización de actividades de promoción y el fomento de la interacción entre las generaciones”.

##### **➤ Depresión y Ansiedad**

Por apreciación del investigador en la depresión, la terapia ocupacional estuvo enfocada las primeras semanas en actividades lúdicas, como lectura, paseos, dinámicas, juegos de mesa, entre otros, debido a que su estado de ánimo no sería el adecuado para realizar tareas que requerirán un mayor esfuerzo, como actividades de cálculo, orientación, atención, memoria, entre otras para relentecer el deterioro cognitivo.

Después de unas semanas, cuando el estado de Animo del Adulto Mayor haya mejorado a apreciación del terapeuta, se implementará actividades que requerirán mayor esfuerzo físico y mental, de igual forma las nuevas actividades dentro de la terapia a mas de encargarse del deterioro cognitivo

también ayudará a que el estado de Animo del Adulto Mayor mejore, debido a que la actividad cualquiera que esta sea ayuda a mejorar el estado de salud de un individuo.

De igual manera la ansiedad en los adultos mayores ira disminuyendo conjuntamente con las actividades que se trabaje en la depresión debido a que esta muchas de las veces se origina por la inadecuación al asilo y el sedentarismo forzado por no encontrar actividad alguna en la misma institución.

### **2.3.5.- Salud Mental**

La OMS; (2009), refiere:

*“La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.*

Herrera (2011); destaca: En secuencia de lo mencionado anteriormente de la Terapia Ocupacional, se pretendió llegar a una salud mental en donde el adulto mayor reduzca los índices de depresión o de ansiedad que puedan estar afectando el transcurso normal de su vejes.

### **2.3.6.- Psicología Clínica**

Feldman (1998); en su libro *“Psicología con aplicaciones a países de habla hispana”*, menciona:

*“Es la rama de la psicología que versa sobre el estudio, diagnóstico y tratamiento del comportamiento anormal”.*

Richmond (1997-2009); refiere:

*“La psicología clínica, que trata de resolver los problemas y los síntomas que los individuos enfrentan debido a sus comportamientos”.*

Herrera (2011); refiere: La Psicología Clínica intenta servir al adulto mayor en esta investigación comprometiéndolo en actividades que ayudarán a desviar pensamientos recurrentes u obsesivos que interfieran en su área afectiva, de igual forma se pretenderá erradicar el sedentarismo que aumenta el deterioro cognitivo, logrando así un mejor estado de salud en el área afectiva.

### **2.3.7.- Área Afectiva**

Capponi (1987); en su libro “Psicopatología Y Semiología Psiquiátrica” define:

Consideramos la afectividad como un subsistema que tiene su ejercicio inicial a partir del estrato instintivo-tendencial. Y es esta relación la que condiciona una interrelación prevalente ulterior. La satisfacción o insatisfacción de las necesidades e impulsos instintivo-tendenciales genera estados afectivos placenteros o displacenteros, interrelación que se mantendrá bajo formas e intensidades diferentes, como constante vital predominante. Pero, además, a partir de esa interacción fundamental primaria que determina en gran medida el estado afectivo, interacciones entre afectividad y otros subsistemas mentales, se dan con intensidades y formas variables que hacen que todo estudio de la afectividad sea extremadamente complejo y de alto riesgo conceptual.

Herrera (2011); menciona: Para concluir en el concepto del Estado de Ánimo del adulto mayor, se evidencio que es de vital importancia profundizar en el proceso de envejecimiento del adulto mayor que lleve a comprender su estado emocional.

Stassen (2000); en su libro “Psicología del Desarrollo: Adulthood y Vejez” menciona:

➤ **El Proceso del Envejecimiento**

• **Cambios Físicos**

El primer paso para entender el proceso del envejecimiento es distinguir entre el envejecimiento primario, que comprende los cambios irreversibles que ocurren con el tiempo, y el envejecimiento secundario, que se refiere a los cambios provocados por enfermedades o afecciones específicas. Todos nosotros, incluso los más jóvenes, experimentamos el envejecimiento primario de manera inexorable, minuto a minuto, día a día. Sin embargo, el envejecimiento secundario implica cambios que, a pesar de ir asociados a la edad, no son inevitables, es decir, se pueden evitar y, en ocasiones, cuando aparecen, se pueden invertir o remediar. Analizaremos la relación que existe entre el envejecimiento normal y la patología del envejecimiento más adelante en este mismo capítulo, pero primero observemos algunas características del proceso general del envejecimiento.

Uno de los más evidentes es el que experimenta la piel, que es más seca, más fina y menos elástica, de modo que aparecen arrugas evidentes y se hacen más visibles los vasos sanguíneos y la acumulación de grasa (Kligman y cois., 1985). Además, las manchas oscuras en la piel, conocidas como «las manchas del envejecimiento», son visibles en casi un 25 por ciento de los adultos de 60 años, así como en cerca del 70 por ciento de las personas de 80 años y en casi todos las de 100 años. El cabello también cambia de forma continua, puesto que se vuelve más fino, aparecen canas y, en muchos casos, acaba siendo blanco. (ibid.)

Otros cambios físicos obvios de la vejez incluyen la alteración general de la estatura, la silueta y el peso corporal (Whitbourne, 1985). La mayoría de los ancianos mide unos tres centímetros menos que en su juventud. Además, la

musculatura que soporta las vértebras es menos flexible, lo que dificulta mantenerse tan derecho como en años anteriores. La silueta se ve afectada por la redistribución de la grasa, que se acumula menos en los brazos, piernas y parte superior de la cara y más en el torso (sobre todo en el abdomen) y en la parte inferior de la cara (especialmente en las mejillas y en la barbilla)". (ibíd.)

Como mencionaba el autor antes referido: En la vejez, a menudo se pierde peso corporal, en parte debido a que los tejidos musculares se reducen, diferencia importante sobre todo en los hombres, ya que éstos tienen relativamente más musculatura y menos grasa corporal que las mujeres. En ambos sexos, la reducción de la fuerza muscular es evidente, sobre todo en las piernas, por lo que deben caminar más lentamente y, a veces, ayudados por un bastón o un andador.

Todos estos cambios en el aspecto exterior comportan graves implicaciones sociales y psicológicas. En una sociedad que discrimina en función de la edad, se trata como ancianos a los que parecen ancianos, de un modo estereotipado. Este hecho se pone de relieve de un modo conmovedor al ver las reacciones de los propios ancianos. La mayoría de las personas mayores considera que su personalidad, valores y actitudes son totalmente estables y, con la excepción de reconocer que lleva un ritmo más lento, no considera haber cambiado mucho de cuando era joven (Xroll y Skaff, 1997). (ibíd.)

Según Stassen (2002): Los cambios fisiológicos también se producen en los órganos de los sentidos que a continuación se describen:

- **Vista**

Las cataratas consisten en un engrosamiento del cristalino, que provoca que la visión se vuelva borrosa, opaca y distorsionada. A los 50 años, cerca del 50 por ciento de los adultos ve borroso, mientras que el 3 por ciento presenta una

pérdida total de la visión. A los 70 años, el 30 por ciento padece alguna pérdida visual a causa de las cataratas.

- **El oído**

Una de cada cuatro personas de edades comprendidas entre los 65 y los 80 años, es decir, un tercio del total de los ancianos, presenta problemas auditivos (Havik, 1986). Por desgracia, desde el momento en que se dan cuenta de que sufren una pérdida grave de la audición hasta que buscan ayuda mayoría de las personas mayores deja pasar cinco años o más.

- **Otros sistemas corporales**

Tal como hemos visto, todos los sistemas del cuerpo pierden eficacia con la edad. La capacidad y reserva orgánica de los mismos se reduce de forma progresiva y ese declive, que empieza relativamente pronto, durante la juventud, en la mayoría de los casos se hace evidente durante la vejez.

Para que todo funcione al máximo, es necesario ajustarse a todos estos cambios y no limitarse a aceptarlos con pasividad. El ajuste es un proceso activo que implica encontrar el equilibrio correcto entre el mantenimiento de las actividades habituales y la modificación de las rutinas para compensar las capacidades deterioradas.

Herrera (2011); menciona: Los cambios físicos producen alteraciones en el estado emocional debido a que este cambio al que ha llegado el cuerpo físico es para muchos casi inaceptable, ya que ese cambio trae un concepto concientizado de deterioro, incapacidad y muerte, debido a que la persona al observar y sentir los cambios, unos cambios que no le permitirán realizar cosas que antes podía hacerlas y todo aquello se resume en un camino corto a la muerte, esto puede ocasionar depresión, ambigüedad, ansiedad, entre otras. Afortunadamente esta investigación intentó con la terapia ocupacional erradicar aquellos pensamientos recurrentes mediante la constancia, enlentecer el deterioro cognitivo y de igual forma inmerso en todo aquello tratar de lograr una independencia en las actividades básicas de la vida

diaria del Adulto Mayor, todo esto fomentó un mejor estado de salud en el área afectiva de la persona.

Para continuar abordando los cambios fisiológicos del Adulto Mayor se abordará las enfermedades neurodegenerativas debido a que es un factor determinante para la aplicación de la Terapia Ocupacional.

Según Stassen (2002):

➤ **Enfermedades Neurodegenerativas que se deben tomar en cuenta:**

▪ **La Demencia**

En el lenguaje coloquial, a menudo nos referimos a la pérdida de capacidad intelectual en las personas mayores con los términos «senilidad» o «demencia senil», que utilizamos como sinónimos de la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, estos términos son discriminatorios en el sentido que enfatizan de forma equivocada el factor de la edad e ignoran muchos otros factores que pueden causar el deterioro en la capacidad cognitiva durante la vejez. Un término más preciso para la pérdida patológica del funcionamiento cerebral es el de demencia, esto es, problemas graves en la capacidad de raciocinio, memoria y resolución de problemas (Edwards, 1993).

La secuencia de la gravedad de los síntomas varía, así como la incidencia, si bien la edad constituye uno de los factores que aumenta el riesgo de padecerla. Aunque algunas formas de demencia son reversibles, todas ellas son crónicas y, la mayoría, degenerativas, lo que implica que empeoran a un ritmo constante y regular a medida que pasan los años. (ibid.)

▪ **La enfermedad de Alzheimer**

En todos los países industrializados excepto Japón, la forma más común de demencia es la enfermedad de Alzheimer, un trastorno caracterizado por la

proliferación de ciertas anomalías en la corteza cerebral, llamadas placas seniles y ovillos neurofibrilares, que impiden el funcionamiento normal del cerebro. (ibíd.)

Hasta hace poco, el término «enfermedad de Alzheimer» (EA) se reservaba a los síntomas de demencia en personas menores de 60 años, .mientras que los mismos síntomas en personas que superaran esa edad se denominaban DSTA, o demencia senil del tipo Alzheimer. Sin embargo, las nuevas técnicas de análisis del tejido cerebral en autopsias (el único modo seguro de diagnosticar la EA) muestran que, para esta enfermedad, no se pueden establecer diferencias fisiológicas relacionadas con la edad y que la cantidad de placas y enredos no mantiene relación alguna con la edad de la víctima, sino con el grado de deterioro intelectual antes de la muerte. (ibíd.)

Según el mismo autor menciona:

- **Las Fases de la enfermedad de Alzheimer**

En esta fase inicial, la mayoría de las personas afectadas admite tener problemas de memoria e intenta solucionarlos escribiendo nombres, direcciones, compromisos, las listas de la compra y otras cosas con mucha más frecuencia que antes.

En la segunda fase de la EA, la confusión del enfermo es mucho más generalizada y se advierten deficiencias en la concentración y en la memoria a corto plazo de la persona. Asimismo, en esta fase, el habla de las personas suele ser incongruente y repetitiva, su vocabulario es mucho más limitado y mezclan palabras con frecuencia, utilizando por ejemplo «túnel» cuando quieren decir «puente».

La tercera fase de la EA empieza cuando la pérdida de memoria es muy grave e incapacitante. Los enfermos que llegan a esta fase ya no son capaces de ocuparse de sus necesidades básicas diarias. Es posible que empiecen a tomar un único tipo de alimento, como el pan, o que se olviden por completo de comer. A menudo, no se visten de forma correcta o ni tan sólo llegan a hacerlo, andan descalzos en invierno o salen desnudos a pasear por el vecindario.

En la cuarta fase de la EA, los pacientes requieren recibir atención constante. No sólo no pueden cuidar de sí mismos, sino que no responden a los demás de forma normal y, en ocasiones, se muestran irascibles o paranoicos sin motivo aparente. Al final, ni siquiera pueden enlazar algunas palabras para comunicarse y, lo que es más triste, son incapaces de reconocer a sus seres más queridos.

- **La demencia multi-infarto (DMI)**

Es el segundo tipo más común de demencia. La DMI se produce porque un infarto, una obstrucción temporal de los vasos sanguíneos, impide que una cantidad suficiente de sangre riegue un área concreta del cerebro. Este hecho produce la destrucción del tejido cerebral, en lo se suele denominar derrame cerebral silencioso o miniderrame. La visión borrosa, el temblor o la parálisis de los miembros, hablar arrastrando las palabras o la confusión mental evidente son algunos de los síntomas inmediatos que pueden aparecer. Sin embargo, estas manifestaciones suelen desaparecer al cabo de algunas horas, o incluso minutos, y a menudo son tan leves que la persona ni siquiera es consciente de que ocurra nada. Sin embargo, se ha producido una lesión cerebral (Edwards, 1993). (ibíd.)

Sin embargo, tal como indica el nombre de la enfermedad, suelen producirse infartos múltiples, de forma que cada vez resulta más difícil que las otras

partes del cerebro puedan compensarlos. Si una enfermedad cardíaca, un derrame cerebral importante u otras enfermedades no causan la muerte de la víctima y siguen produciéndose los miniderrames, al final, el comportamiento de la persona no se puede distinguir del de un enfermo de Alzheimer. (ibíd.)

De igual forma Stassen (2002); menciona: Las demencias subcorticales ocasionan la pérdida progresiva del control motor aunque, al menos al principio, los procesos del pensamiento se mantienen intactos. Entre estas demencias encontramos la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington y la- esclerosis múltiple. Estas enfermedades pueden y suelen terminar en demencia, pero se originan en personas con plena posesión de sus facultades mentales y con claras muestras de que se ha producido una enfermedad grave y crónica.

La demencia subcortical más conocida es la enfermedad de Parkinson que al principio provoca rigidez y temblor muscular y que al final, en muchas ocasiones, provoca la demencia (Edwards, 1993). Si bien la enfermedad de Parkinson es más frecuente entre las personas de edad avanzada, no se trata de una enfermedad exclusiva de las personas mayores: se estima que un 8 por ciento de los afectados no tiene más de 40 años cuando se les diagnostica le enfermedad por primera vez. La enfermedad de Parkinson está relacionada con la degeneración de las neuronas del área del cerebro que produce la dopamina, un neurotransmisor esencial para el funcionamiento normal del cerebro. No se conoce la causa de esta degeneración. (ibíd.)

El mismo autor plantea:

➤ **Otras causas orgánicas de demencia:**

Como hemos comentado con anterioridad, existen muchas otras enfermedades que también pueden conducir a la demencia! Algunas afectan

a la corteza cerebral en primer lugar, de manera que dificultan los procesos mentales sin afectar las capacidades motoras. Una de ellas es la enfermedad de Pick, que consiste en la atrofia de los lóbulos frontal y temporal del cerebro (Edwards 1993). Los síntomas iniciales de dicha enfermedad son cambios en la personalidad, que incluyen la pérdida de sociabilidad y motivación, seguidos de una pérdida del lenguaje y de la memoria.

Al final, el individuo cae en un estado completamente vegetativo. La enfermedad de Pick siempre es mortal y se desarrolla en un plazo de dos a quince años. Sus causas son desconocidas pero se cree que intervienen factores genéticos. Algunas toxinas y agentes infecciosos también pueden afectar la corteza cerebral. El alcoholismo crónico, por ejemplo, puede desembocar en el síndrome de Korsakoff, que se caracteriza por graves mermas en la memoria a corto plazo. (ibíd.)

Casi la mitad de todos los enfermos que padecen el SIDA desarrollan una infección cerebral que produce demencia. Ocurre lo mismo en el caso de las personas que se encuentran en las últimas fases de la sífilis. Asimismo, se cree que el consumo de carne procedente de las «vacas locas» afectadas por encefalitis bovina produce demencia y la muerte, a causa de un virus de acción lenta o de un prion, una partícula de proteína que actúa como agente de la enfermedad (Collinge y cols., 1996). (ibíd.)

▪ **Stassen (2002); en la demencia reversible menciona:**

Es frecuente asumir que las personas mayores padecen una clase u otra de demencia cuando, de hecho, sus comportamientos «sintomáticos» están causados por algún otro factor, como la medicación, el abuso del alcohol, las enfermedades mentales o la depresión, que pueden tratarse después de haber determinado el problema.

- **De igual forma el mismo autor refiere: La polifarmacología**

Un problema grave de muchas personas mayores es que no siguen la medicación prescrita (Higbee, 1994). Este problema puede llevar a pérdidas del funcionamiento intelectual relacionadas con los medicamentos. Los adultos mayores de 65 años, que representan cerca del 12 por ciento de la población estadounidense, utilizan el 30 por ciento de todos los medicamentos recetados en los Estados Unidos y el 50 por ciento de todos los medicamentos vendidos sin receta (Beizer, 1994).

En la mayoría de casos, toman varios medicamentos para enfermedades distintas. Esta polifarmacología puede causar una interacción de medicamentos que produzca los síntomas propios de la demencia, desde confusión hasta comportamiento psicótico. (ibíd.)

### **2.3.8.- Estado de Ánimo del Adulto Mayor**

Stassen (2000); en su libro “Psicología del Desarrollo: Adulthood y Vejez” menciona:

En general, las enfermedades psicológicas son menos frecuentes en los adultos de edad avanzada que en los jóvenes (Gatz y cois., 1996). Sin embargo, en la actualidad cerca del 10 por ciento de las personas mayores a las que se ha diagnosticado demencia, sufre enfermedades de tipo psicológico más que fisiológico.

Herrera (2011); menciona: Cuando el Adulto Mayor no se encuentra en una demencia total, o Alzheimer tiene conciencia de lo que le está sucediendo y a la vez puede estar mal informado de sus cambios y repercusiones que acarrearán esta etapa, haciendo que llegue a una ansiedad patológica o una depresión.

### **2.3.8.1.- La Ansiedad**

En su mismo libro Stassen refiere que: En algunos casos, la persona simplemente siente una ansiedad inusitada, lo cual puede provocar que incluso los individuos sanos y brillantes olviden informaciones importantes, como sabemos todos los que nos hemos presentado a un examen final bajo una fuerte presión. Para la mayoría de las personas mayores, la ansiedad que éstas sienten cuando ingresan en un hospital o en una residencia de ancianos es causa suficiente para provocarles una desorientación importante y la pérdida de memoria.

Si se examina enseguida al nuevo paciente que padece esta clase de ansiedad, es posible que se le diagnostique de forma errónea alguna lesión orgánica en el cerebro. Entonces, si se le prescribe una dosis excesiva de sustancias psicotrópicas, o si éstas se le administran con demasiada frecuencia, el resultado puede ser que esa persona parezca sufrir demencia constantemente (Sherman, 1994). (ibíd.)

#### **➤ Los Criterios Diagnósticos de la Ansiedad son:**

MASSON (1995); Según el DSM-IV; “Criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02”:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

(1) inquietud o impaciencia

(2) fatigabilidad fácil

- (3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- (4) irritabilidad
- (5) tensión muscular
- (6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

### **2.3.8.2.- La Depresión**

Stassen (2000): menciona: La depresión en las personas de edad avanzada también suele confundirse con la demencia. Aunque una depresión grave es menos frecuente durante la vejez que en etapas anteriores, en sus últimos años de vida muchas personas mayores experimentan síntomas de

depresión leve que las debilitan lo suficiente como para parecer que sufren demencia (Blazer y cois., 1991).

En la valoración clínica de los ancianos, incluso una depresión leve, como la ansiedad, puede disminuir la función cognitiva general, aunque no reduzca la capacidad subyacente (Powell, 1994; Rabbitt y cois., 1995). Por supuesto, algunas personas pueden sentirse ansiosas o deprimidas porque advierten señales de deterioro mental, o al menos eso creen. Sin embargo, en general, parece ser que la depresión provoca el deterioro del intelecto con más frecuencia de lo que este declive afecta al estado de ánimo. De hecho, uno de los síntomas de depresión en la vejez es alarmarse de un modo exagerado ante pequeñas pérdidas de memoria, lo que constituye la reacción opuesta por completo a la de las personas que de verdad padecen demencia, las cuales parecen ser del todo inconscientes de sus graves problemas. (ibíd.)

Al igual que ocurre en etapas anteriores, la depresión en la vejez es una de las enfermedades mentales que mejor se puede tratar. La psicoterapia y una cuidadosa utilización de la farmacoterapia consiguen mejoras importantes en pocas semanas. Sin embargo, la mayoría de las personas de edad avanzada que sufre depresiones no recibe tratamiento, porque nadie identifica su depresión como una enfermedad curable. (ibíd.).

➤ **Los Criterios Diagnósticos de la Depresión son:**

MASSON (1995); “Según el DSM-IV;”Criterios para el episodio depresivo mayor”:

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas,

que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

**Nota:** No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

**Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

**Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pág. 341).

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor”.

### **2.3.9.- Factores determinantes de los trastornos afectivos en el anciano;**

Díaz, Martínez, Calvo (2002); en la revista “Mult Gerontol” Gran Canaria; mencionan:

La prevalencia de la depresión de lo población anciana que vive en comunidad revelan una gran disparidad de resultados, oscilando las tasas entre el 5% y el 20%, pudiendo duplicarse en la población anciana institucionalizada. Además existe una mayor comorbilidad en este tipo de

población, de manera que alrededor del 47% de los ancianos diagnosticados de depresión mayor también presentan criterios de trastorno por ansiedad, y el 26% de los que presentan trastornos de ansiedad cumplen criterio de depresión mayor. Si entramos a analizar cuáles son los determinantes relacionados con la salud mental, vemos que a lo largo de las últimas décadas se ha puesto de manifiesto la importancia relativa de determinadas variables que han sido relacionados con el desarrollo de trastornos afectivos en la población geriátrica, y que las podemos agrupar en tres grandes bloques:

### **2.3.10.- Factores Biológicos que inciden en los trastornos Afectivos**

Un factor de riesgo muy estudiado es el estado de salud que distintas investigaciones señalan como una variable que juega un papel relevante en el desarrollo y evolución de los cuadros depresivos en la población anciana. Las enfermedades médicas crónicas y los trastornos sensoriales son muy frecuentes en esta población, enfermedades que, en relación a la discapacidad que producen, provocan un distrés psicológico elevado. Y como muestran diversos estudios, las situaciones generadoras de estrés crónico pueden causar patología mental. Dentro de las enfermedades médicas que afectan con mayor frecuencia a los ancianos cabe hacer una mención especial a las alteraciones cognitivas, ya que un porcentaje alto de pacientes deprimidos presentan déficits cognitivos difícilmente distinguibles de la demencia. Por otro lado, las demencias pueden cursar de forma que los síntomas simulen una depresión". (ibíd.)

Con todo esto queremos señalar la compleja relación que guardan entre sí la depresión y la demencia, relación a tener en cuenta a la hora de afrontar el tratamiento de estas patologías. Lee, estudiando una muestra de mayores de 60 años, encontraron que las personas diagnosticadas con una enfermedad médica, comparados con las que no, tendían a mostrar mayores

puntuaciones en sintomatología depresiva, encontrando que la comorbilidad tendía a una relación lineal positiva entre número de enfermedades diagnosticadas y la intensidad de la sintomatología depresiva”. (ibíd.)

Dentro del estado de salud se han constatado como factores de riesgo la historia de enfermedad cardiovascular y el reumatismo; el incremento del declinar cognitivo, especialmente la pérdida de capacidad en el procesamiento de la información; y los problemas sensoriales entre otros. El estado funcional está emergiendo como un factor de riesgo de trastornos afectivos cada vez más relevante en la población geriátrica. Kiosses y cols, estudiaron 126 pacientes ancianos sin demencia y con depresión mayor unipolar, encontrando que el deterioro de las actividades instrumentales de la vida diaria estaba significativamente asociado con la edad, el sexo, carga médica, severidad de la depresión, e iniciación/perseveración. Se ha mostrado también que el elevado riesgo de depresión asociado con la incapacidad es mayor para los pacientes con mayores niveles de neuroticismo”. (ibíd.)

### **2.3.11.-Factores Psicosociales que inciden en los Trastornos Afectivos** Díaz, Martínez, Calvo (2002); mencionan:

La presencia de eventos estresantes y en particular la muerte de uno de los cónyuges (viudedad) constituyen en sí mismos un factor de riesgo de padecer trastornos afectivos en la población geriátrica. No obstante el reajuste psicológico tras la pérdida del cónyuge depende de las características de la relación previa. El nivel de ansiedad desarrollado después de la viudedad es significativamente mayor para aquellos que habían mantenido una relación de dependencia, y la intensidad del sentimiento de nostalgia fue mayor para aquellas personas que previamente habían mantenido una relación de pareja más estrecha y de dependencia.

Kraaij y Wilde encontraron que el estado de ánimo en estas edades estaba relacionado con el relato de circunstancias socioeconómicas negativas tanto como con el abuso emocional y el trato negligente durante la infancia, así como a circunstancias socioeconómicas negativas, abuso sexual, abuso emocional, trato negligente, relaciones estresantes y problemas de conducta durante la etapa adulta tardía. Las puntuaciones en depresión eran especialmente elevadas cuando los sujetos relataban la experiencia de muchos eventos durante la etapa adulta y adulta tardía.

Y por encima de eso, el efecto de la interacción entre el número de eventos vitales negativos experimentados en la infancia y en la etapa adulta, indicaban que había una asociación mucho más poderosa entre el número de eventos vitales negativos experimentados en la etapa adulta y los síntomas depresivos en la vejez, que para aquellos que experimentaron mayor número de eventos vitales negativos en la infancia o que para aquellos que no los experimentaron. (ibíd.)

Según el autor antes referido: El apoyo social parece desempeñar un importante papel en moderar/mediar el impacto de los eventos vitales estresantes sobre la salud en general, encontrándose tasas de mortalidad (para todas las causas) más elevada entre las personas caracterizadas por escaso apoyo social. Recientemente, Zhang y Hayward estudiando los efectos negativos de la ausencia de hijos sobre las tasas de depresión y el sentimiento de soledad en personas de 70 o más años, encontraron que este factor por sí solo no los aumentaba.

Sin embargo, los efectos de esta relación estaban mediados por la variable sexo, tal que los hombres sin hijos divorciados, viudos o que nunca habían contraído matrimonio, manifestaban unas tasas significativamente más altas de depresión y soledad comparados con mujeres en parecidas

circunstancias. Por otro lado, MC Innis y White han encontrado como el sentimiento de soledad y el aislamiento social, constituye un importante factor de riesgo de enfermedad mental en ancianos que viven en la comunidad. En este sentido, se han estudiado diferentes aspectos relacionados con el apoyo social en población geriátrica, como son el tamaño de la red social, la composición de la misma, la frecuencia de contactos sociales, la satisfacción con el apoyo social, tipo de apoyo (emocional versus instrumental), y la ayuda prestada a terceros. (ibíd.)

### **2.3.12.- Factores Sociodemográficos determinantes en los Trastornos Afectivos del Anciano**

En lo que respecta al factor sexo, numerosos trabajos han concluido que las mujeres son las más afectadas por los trastornos afectivos en general y en ancianos esta diferencia se incrementa. Sin embargo, otros estudios apuntan hacia un acercamiento en la prevalencia de trastornos afectivos en relación al sexo, donde se van igualando en función a la edad. La edad es, por otro lado, un factor que confiere gran variabilidad, hasta tal punto que ha generado por si misma una especialidad psicológica, la psicopatología evolutiva, evidenciando como las manifestaciones psicopatológicas cambian en función de la edad. (ibíd.)

Los estudios realizados en relación al estado civil y el desarrollo de trastornos afectivos revelan que las personas viudas y del sexo masculino constituyen el principal grupo de riesgo. Han sido numerosos los autores que han argumentado la influencia de la situación económica sobre la salud mental y la respuesta al tratamiento, demostrando una mayor prevalencia de depresión en los niveles socioeconómicos más bajos y una relación inversa entre la amplia variedad de trastornos psicopatológicos y el estatus socioeconómico, encontrando además que las mujeres y los grupos minoritarios son los más desfavorecidos. Los ancianos, por su pérdida de

nivel adquisitivo en relación a la jubilación, presentan también más riesgo de enfermedad mental. (ibíd.)

Díaz, Martínez, Calvo (2002); afirman que: La concurrencia de una enfermedad crónica invalidante o con alto riesgo de mortalidad y la falta de ingresos económicos mínimos para cubrir las necesidades básicas, incrementan la asociación entre el desarrollo de depresión y el déficit económico. Sin embargo, estudios recientes sobre la asociación entre el desarrollo de depresión y el déficit económico en la población mayor, revelan como la madurez y la experiencia podrían ser factores que expliquen una asociación menos significativa entre la dificultad económica y la depresión, También el nivel cultural se encuentra asociado con el desarrollo de trastornos afectivos. Así González, estudiando una muestra de americanos mayores de 60 años de origen mexicano, encontró que la prevalencia de la depresión fue mayor entre los sujetos menos favorecidos culturalmente.

El medio de residencia constituye otro factor implicado en el desarrollo de trastornos psicopatológicos, demostrándose mayores índices de prevalencia entre las personas residentes en zonas urbanas y en los inmigrantes. Asimismo, la prevalencia de la depresión de la población anciana puede duplicarse en la población institucionalizada. Las mayores tasas de depresión en pacientes institucionalizados pueden estar en relación, además de con el hecho de que las personas que viven en residencias suelen tener deterioro físico y social importante, con la sensación de aislamiento, pérdida de autonomía, intimidad, autoestima o proyectos de futuro, así como con vivir la institucionalización como un abandono". (ibíd.)

## **2.5.- Hipótesis**

La Ausencia de Terapia Ocupacional influye en el desarrollo de trastornos del estado de ánimo del Adulto Mayor del H.P.D.A.

## **2.6.- Señalamiento de variables**

- Variable independiente: Terapia Ocupacional.
- Variable dependiente: Estado de Ánimo del Adulto Mayor.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1.- Enfoque de investigación**

La presente investigación se efectuó en forma cualitativa debido a que permitió trabajar con los adultos mayores afectados, para así comprender los fenómenos que se presentan en su contexto psicosocial y así entender el problema a plenitud, además se pudo constatar el estado de ánimo previo a la aplicación de la terapia ocupacional, siendo así cuantitativa debido a que permitió obtener datos en porcentajes estadísticos de esta investigación.

#### **3.2.- Modalidad Básica de la investigación**

Bibliográfica – Documental

Debido a que el presente trabajo de grado tendrá información secundaria sobre el tema de investigación a través de libros, textos, módulos, periódicos, revistas, internet, así como de documentos válidos y confiables a manera de información primaria.

De campo

Debido a que se acudió a recabar información en el Hospital Provincial Docente Ambato donde se produjeron los hechos, para así poder actuar en el contexto y transformar una realidad.

De intervención social y Proyecto Factible

De tal manera que no solo se realizó una observación pasiva de los fenómenos del estado de ánimo del anciano sino que a demás se planteó una propuesta de alternativas de solución al problema presente.

### **3.3.- Tipo de investigación**

La investigación llegó a nivel de asociación de variables debido a que permitió estructurar predicciones a través de la mediación de relaciones entre variables. Además se pudo medir el grado de la relación entre variables y a partir de ello determinar tendencias o modelos de comportamiento mayoritario.

### **3.4.- Población y muestra**

Está conformado por: Universo de estudio.

<b>Pacientes</b>	<b>42</b>
<b>Psicólogo</b>	<b>1</b>
<b>Doctores</b>	<b>2</b>
<b>Enfermeras</b>	<b>1</b>
<b>Trabajadora Social</b>	<b>1</b>
<b>Trabajadores de limpieza</b>	<b>4</b>
<b>Total universo</b>	<b>51</b>

Previo al reactivo psicológico aplicado (Mini Mental) a 42 pacientes para indagar el estado cognitivo de cada uno, se obtuvo un total de 15 pacientes que poseen sus facultades cognitivas conservadas y semi-conservadas, los mismos que por el resultado obtenido son la muestra a investigar. Por lo tanto no hubo necesidad de aplicar muestreo.

### 3.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CUADRO N°- 1

VARIABLE INDEPENDIENTE: TERAPIA OCUPACIONAL

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICO	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
Es la utilización terapéutica de cualquier actividad como: autocuidado, de ocio, productivas, estimulativas a nivel cognitivo, estimulativas a nivel físico y social para mejorar el componente afectivo y enlentecer o prevenir la discapacidad que influye en los estados de ánimo del adulto mayor del asilo del H.P.D.A.	<p><b>1.-ÁREAS DE EJECUCIÓN (AVD).</b> 1.1- Actividades productivas</p> <p><b>2.- COMPONENTES DE EJECUCIÓN</b> 2.1- componente psicológico - afectivo 2.2- Componente psicosocial. 2.3- Componente Cognitivo. 2.4- Componente sensitivo Motor.</p> <p><b>3.-CONTEXTOS DE EJECUCIÓN</b> 3.1- Situaciones que influyan en la participación del individuo.</p>	<p>1.1.1-promover vida independiente (pueda asearse, ir al baño, comer, etc.).</p> <p>2.1.1- roles, valores, intereses.</p> <p>2.2.2-conducta social, conversación, expresiones de si mismo.</p> <p>2.2.3-orientación, reconocimiento, memoria, etc.</p> <p>2.2.4-integración sensorial,(conocimiento, proceso y destreza)</p> <p>3.1.1 Tareas grupales.</p>	<p>¿Qué tipo de actividades de ocio le agradan?</p> <p>¿Qué hace usted en su tiempo libre?</p> <p>¿Qué trabajo manual ha realizado?</p> <p>¿Realiza actividades lúdicas y recreativas?</p>	<p>- Observación - Historia Clínica</p> <p>- Entrevista - Encuesta dirigida a los Adultos Mayores del H.P.D.A sobre Terapia Ocupacional</p> <p>- Entrevista - Test Mini Mental</p>

CUADRO N°- 2

VARIABLE DEPENDIENTE: Estado de Ánimo del Adulto Mayor

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICO	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
<p><i>Capponi (1987);</i>  <i>“Consideramos la afectividad como un subsistema que tiene su ejercicio inicial a partir del estrato instintivo-tendencial”.</i>                      De igual forma en los trastornos del estado de ánimo Capponi menciona la Depresión que es “un estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo, que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza,</p>	<p>1.- Depresión:</p>	<p>1.1.- leve                      1.2.-Moderada                      1.3.-Grave</p>	<p>¿Está básicamente satisfecho de su vida?                       ¿Siente que su vida está vacía?                       ¿Se encuentra a menudo aburrido?                       ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?</p>	<p>- Entrevista                      - Escala de depresión geriátrica resumida de Yesavage y Cols. (GDS.r)</p>

<p>que va desde la formulación de "yo estoy triste, molesto, afligido, desesperado" hasta un sentimiento interno indescriptible y horrible".</p> <p>En la Ansiedad el mismo autor refiere que es un: "trastorno de la afectividad que se presenta como un estado emocional desagradable asociado a cambios psicofisiológicos.</p>	<p>2.- Ansiedad:</p>	<p>2.1.- Normal. 2.2.- Patológica 2.2.1.- leve 2.2.2.- Moderada 2.2.3.- Grave</p>	<p>¿Se ha encontrado últimamente con humor ansioso (irritable, espera de lo peor, etc.)?</p> <p>¿Se ha encontrado con humor deprimido?</p> <p>¿Ha tenido dificultades en la atención o la memoria?</p>	<p>- Entrevista - Escala de Hamilton para la Ansiedad.</p>
---	----------------------	---	--	--

### 3.6.- Técnicas e Instrumentos

- **La Observación Clínica:** se la empleó para la corroboración de los datos obtenidos en la historia clínica, de igual manera obtendremos el grado de habilidad de la persona con lo cual podremos planificar la intervención de terapia ocupacional adecuada.
- **Historia Clínica (Anexo N.-1):** Este instrumento esta formado por datos de identificación, motivo de consulta, enfermedad actual, historia pasada de la enfermedad, psicoanamnesis familiar, examen de funciones cognitivas como: Conciencia, Atención, Memoria, Sensopercepciones, Afectividad, Inteligencia, Pensamiento, Voluntad, Instintos, Hábitos, Juicio y Razonamiento, etc., de las cuales se obtendrá importante información acerca del adulto mayor de asilo de ancianos del H.P.D.A. De igual manera esta estará acompañada de la entrevista en donde se brindará la empatía suficiente para una recolección de datos exitosa.
- **Entrevista - cuestionario (Anexo N.-2):** De múltiples alternativas sobre la Terapia Ocupacional en el Asilo de Ansianos del H.P.D.A.: Esto nos permitió obtener resultados sobre la frecuencia en que reciben los Adultos Mayores la Terapia Ocupacional de igual forma evaluar su nivel de apreciación en el ámbito de la senectud contextual.
- **Test psicológicos.-** Dirigida a los sujetos de estudio para obtener información útil para la investigación, los cuales son:
  - **Mini Mental (Anexo): N.-3:** Este test psicológico se destaca en presentar un análisis breve del estado mental en el que se encuentra el adulto mayor del H.P.D.A. y sirvió para detectar la muestra de investigación.

- **Test La escala de Depresión Geriátrica Resumida de Yesavage y Cols. (GDS-r), (Anexo N.-4):** El test encontró depresión en el adulto mayor del H.P.D.A, el test consta de 15 preguntas en donde estas están enfatizadas a las actividades de su vida diaria, actitudes y a sus pensamientos, estas serán calificadas por 1 o 0 puntos en donde 1es positivo y 0 falso. Al final según el puntaje se descifrará si existe depresión.
  
- **Escala de Ansiedad de Hamilton para la depresión (Anexo N.-5):** Con el cual se obtuvo del adulto mayor del asilo H.P.D.A, cualquier indicio de ansiedad, el test consta de 14 preguntas en donde el individuo las calificara según su intensidad del 0 al 4. Estas preguntas comprenden al estado de humor, estados del cuerpo físico como somatización en cualquiera de los sistemas del cuerpo humano.

### **3.7.- Plan para la recolección de la información**

#### **PREGUNTAS BÁSICAS**

##### **1. ¿Para qué?**

Para la obtención de información valiosa y para alcanzar los objetivos de investigación, de igual forma par plantear una alternativa de solución a la población necesitada.

##### **2. ¿De qué personas u objetos?**

De los adultos mayores a los que fue dirigido la investigación y fueron el foco de interés del investigador, de igual forma a los empleados de Asilo de Ansianos que informaron de las dos variables que se investigó para corroborar datos obtenidos de la entrevista que se aplicó.

##### **3. ¿Sobre qué aspectos?**

Sobre los indicadores del estado de Animo del adulto mayor y como estos pudieron variar según el contexto.

**4. ¿Quién? ¿Quiénes?**

El investigador, debido a que se interesó por el tema.

**5. ¿Cuándo?**

En el periodo Lectivo Marzo 2010 – Enero 2011.

**6. ¿Dónde?**

Debido a que el Asilo de Ansanos del Hospital Provincial Docente Ambato accedió tranquilamente a abrir sus puertas para iniciar la presente investigación.

**7. ¿Cuántas veces?**

Una prueba en la que se constató y terminó la investigación.

**8. ¿Qué técnicas de recolección?**

La observación Clínica, la entrevista, la Historia Clínica, entre los Test se destacaron: el de Depresión Geriátrica resumida de Yessavage Cols. (GDS.r), La Escala de Ansiedad de Hamilton y el Mini Mental.

**9. ¿Con qué?**

Materiales de oficina, documentales, bibliografía en la biblioteca de la U.T.A e internet.

**10. ¿En qué situación?**

En el tiempo de estancia que fue necesario para la investigación.

### **3.8.- PLAN DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

#### **3.8.1.- MINI MENTAL**

Previo al reactivo psicológico aplicado (Mini Mental) a 42 pacientes para indagar el estado cognitivo de cada uno, se obtuvo un total de 15 pacientes que poseen sus facultades cognitivas conservadas y semi-conservadas, los mismos que por el resultado obtenido son la muestra a investigar.

#### **3.8.2.- TABULACIÓN DE LA ENTREVISTA - ENCUESTA DIRIGIDA A LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO DE ANCIANOS DEL H.P.D.A SOBRE TERAPIA OCUPACIONAL**

##### **1.- ¿Recibe Actividad Ocupacional (Actividades recreativas y Lúdicas?)**

<b>Opciones</b>	<b>Cantidad</b>
SI	5
NO	10
TOTAL	15

##### **2.- ¿Que tipo de actividades Recreativas y Lúdicas realiza?**

<b>Opciones</b>	<b>Cantidad</b>
PINTURA	3
MANUALIDADES	1
DIBUJO	1
NINGUNA	10
TOTAL	15

##### **3.- Con que frecuencia participa en estas Actividades Ocupacionales?**

<b>Opciones</b>	<b>Cantidad</b>
Todos los días	2
Una vez a la semana	1
Una vez a los quince días	2
Ninguna	10
TOTAL	15

**4.- ¿Como se siente después de participar en una Actividad Ocupacional?**

Opciones	Cantidad
Alegre	1
Descarga Energía y se siente Activo	4
Entabla Relaciones Interpersonales	0
Ninguna	10
TOTAL	15

**5.-Si no participa en una Actividad recreativa. ¿Como se siente?**

Opciones	Cantidad
Aburrido	6
Incapaz	3
Inquieto	3
Ninguna	3
TOTAL	15

**6.- ¿Cree que al realizar periódicamente una Actividad Ocupacional, mejorará su Estado de Ánimo?**

Opciones	Cantidad
SI	12
NO	3
TOTAL	15

### 3.8.3.- TABULACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA RESUMIDA DE YASAVAGE Y COLS. (GDS-R)

1.- ¿Está básicamente satisfecho de su vida?

Opciones	Cantidad
SI	9
NO	6
TOTAL	15

2.- ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?

Opciones	Cantidad
SI	12
NO	3
TOTAL	15

3.- ¿Siente que su vida está vacía?

Opciones	Cantidad
SI	8
NO	7
TOTAL	15

4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido?

Opciones	Cantidad
SI	8
NO	7
TOTAL	15

5.- ¿Tiene a menudo buenos ánimos?

Opciones	Cantidad
SI	12
NO	3
TOTAL	15

6.- ¿Tiene miedo de que algo malo le esté pasando?

Opciones	Cantidad
SI	7
NO	8
TOTAL	15

7.- ¿Se siente feliz muchas veces?

Opciones	Cantidad
SI	8
NO	7
TOTAL	15

8.- ¿Se siente a menudo abandonado?

Opciones	Cantidad
SI	10
NO	5
TOTAL	15

9.- ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas?

Opciones	Cantidad
SI	7
NO	8
TOTAL	15

10.- ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?

Opciones	Cantidad
SI	5
NO	10
TOTAL	15

11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?

Opciones	Cantidad
SI	13
NO	2
TOTAL	15

12.- ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?

Opciones	Cantidad
SI	10
NO	5
TOTAL	15

13.- ¿Se siente lleno de energía?

Opciones	Cantidad
SI	9
NO	6
TOTAL	15

14.- ¿Siente que su situación es desesperada?

Opciones	Cantidad
SI	9
NO	6
TOTAL	15

15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?

Opciones	Cantidad
SI	10
NO	5
TOTAL	15

### 3.8.4.- TABULACIÓN DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (HAMILTON ANXIETY RATING SCALE, HARS)

1. Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)

Puntuación	Total
0 = Ausencia	4
1 = Intensidad leve	5
2 = Intensidad Media	6
3 = Intensidad Fuerte	0
4 = Intensidad Máxima	0
<b>Total</b>	<b>15</b>

2. *Tensión* (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)

Puntuación	Total
0 = Ausencia	2
1 = Intensidad leve	7
2 = Intensidad Media	6
3 = Intensidad Fuerte	0
4 = Intensidad Máxima	0
<b>Total</b>	<b>15</b>

3. *Miedos* (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)

Puntuación	Total
0 = Ausencia	2
1 = Intensidad leve	8
2 = Intensidad Media	5
3 = Intensidad Fuerte	0
4 = Intensidad Máxima	0
<b>Total</b>	<b>15</b>

4. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)

<b>Puntuación</b>	<b>Total</b>
0 = Ausencia	3
1 = Intensidad leve	7
2 = Intensidad Media	5
3 = Intensidad Fuerte	0
4 = Intensidad Máxima	0
<b>Total</b>	<b>15</b>

5. Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)

<b>Puntuación</b>	<b>Total</b>
0 = Ausencia	0
1 = Intensidad leve	8
2 = Intensidad Media	7
3 = Intensidad Fuerte	0
4 = Intensidad Máxima	0
<b>Total</b>	<b>15</b>

6. *Humor deprimido* (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)

<b>Puntuación</b>	<b>Total</b>
0 = Ausencia	2
1 = Intensidad leve	3
2 = Intensidad Media	10
3 = Intensidad Fuerte	0
4 = Intensidad Máxima	0
<b>Total</b>	<b>15</b>

7. Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)

<b>Puntuación</b>	<b>Total</b>
0 = Ausencia	3
1 = Intensidad leve	7
2 = Intensidad Media	5
3 = Intensidad Fuerte	0
4 = Intensidad Máxima	0
<b>Total</b>	<b>15</b>

8. *Síntomas somáticos generales (sensoriales)* (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)

<b>Puntuación</b>	<b>Total</b>
0 = Ausencia	4
1 = Intensidad leve	7
2 = Intensidad Media	4
3 = Intensidad Fuerte	0
4 = Intensidad Máxima	0
<b>Total</b>	<b>15</b>

9. *Síntomas cardiovasculares* (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)

<b>Puntuación</b>	<b>Total</b>
0 = Ausencia	6
1 = Intensidad leve	7
2 = Intensidad Media	2
3 = Intensidad Fuerte	0
4 = Intensidad Máxima	0
<b>Total</b>	<b>15</b>

10. *Síntomas respiratorios* (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)

<b>Puntuación</b>	<b>Total</b>
0 = Ausencia	5
1 = Intensidad leve	8
2 = Intensidad Media	2
3 = Intensidad Fuerte	0
4 = Intensidad Máxima	0
<b>Total</b>	<b>15</b>

11. *Síntomas gastrointestinales* (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)

<b>Puntuación</b>	<b>Total</b>
0 = Ausencia	13
1 = Intensidad leve	2
2 = Intensidad Media	0
3 = Intensidad Fuerte	0
4 = Intensidad Máxima	0
<b>Total</b>	<b>15</b>

12. *Síntomas genitourinarios* (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)

<b>Puntuación</b>	<b>Total</b>
0 = Ausencia	10
1 = Intensidad leve	5
2 = Intensidad Media	0
3 = Intensidad Fuerte	0
4 = Intensidad Máxima	0
<b>Total</b>	<b>15</b>

13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)

<b>Puntuación</b>	<b>Total</b>
0 = Ausencia	7
1 = Intensidad leve	8
2 = Intensidad Media	0
3 = Intensidad Fuerte	0
4 = Intensidad Máxima	0
<b>Total</b>	<b>15</b>

14. *Comportamiento durante la entrevista*

– General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial.

– Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales.

<b>Puntuación</b>	<b>Total</b>
0 = Ausencia	0
1 = Intensidad leve	15
2 = Intensidad Media	0
3 = Intensidad Fuerte	0
4 = Intensidad Máxima	0
<b>Total</b>	<b>15</b>

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1.1.- ANEXO N.-2

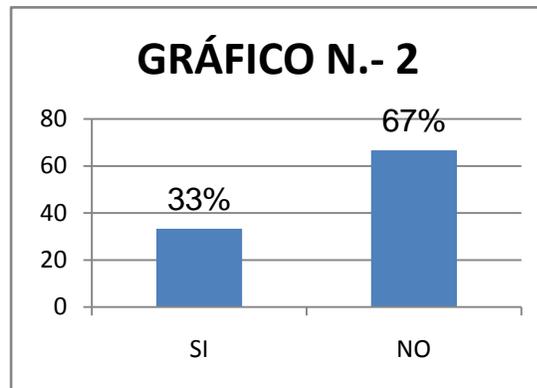
**Objetivo:** Detectar la aplicación de terapia ocupacional en el asilo de ancianos del Hospital Provincial Docente Ambato

#### ENCUESTA DIRIGIDA AL ADULTO MAYOR SOBRE LA ACTIVIDAD OCUPACIONAL EN EL ASILO DE ANCIANOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO PERIODO 2009 – 2010

##### 1.- ¿Recibe Actividad Ocupacional (Actividades recreativas y Lúdicas?)

CUADRO N.- 3		
Opciones	Cantidad	Porcentaje
SI	5	33%
NO	10	67%
TOTAL	15	100%

Fuente: entrevista–cuestionario (2010)



Fuente: Autor (2010)

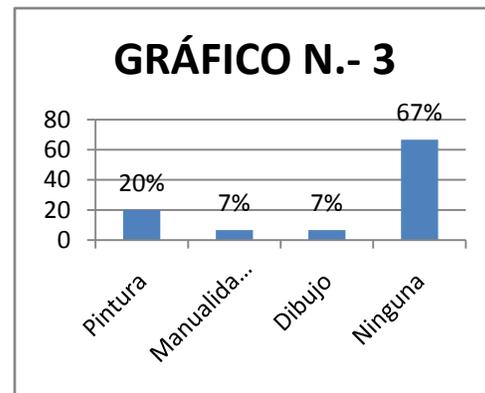
**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 67% no realiza actividades recreativas y Lúdicas, mientras que el 33% de la población si las realiza.

**Interpretación:** Según los datos anteriores se puede constatar que la mayoría de los Adultos Mayores se encuentran sin actividades Recreativas y Lúdicas, posible factor desencadenante para agravar el deterioro cognitivo.

## 2.- ¿Que tipo de actividades Recreativas y Lúdicas realiza?

Opciones	Cantidad	Porcentaje
Pintura	3	20%
Manualidades	1	7%
Dibujo	1	7%
Ninguna	10	67%
Total	15	100%

Fuente: entrevista–cuestionario (2010)



Fuente: Autor (2010)

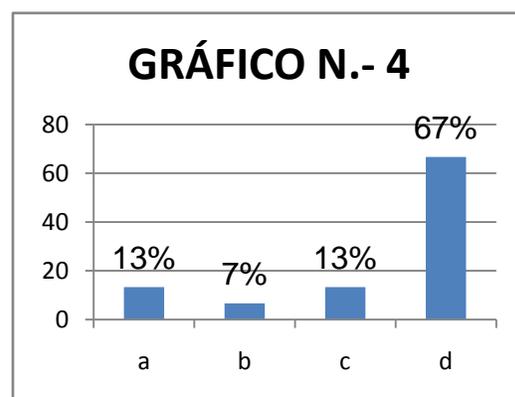
**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 67% no realiza ninguna actividad, existe un 20% que realiza pintura, un 7% Manualidades y de igual forma el 7% restante hace Dibujo.

**Interpretación:** Según los datos anteriores se puede observar que del total de Adultos Mayores la mayoría no realiza actividades lúdicas o recreativas lo que lo indica que es un posible factor desencadenante para agravar el deterioro cognitivo.

## 3.- Con que frecuencia participa en estas Actividades Ocupacionales? (a = Todos los días, b= 1 vez a la semana, c= 1 vez a lo 15 días, d=ninguna)

Opciones	Cantidad	Porcentaje
a	2	13%
b	1	7%
c	2	13%
d	10	67%
TOTAL	15	100%

Fuente: entrevista–cuestionario (2010)



Fuente: Autor (2010)

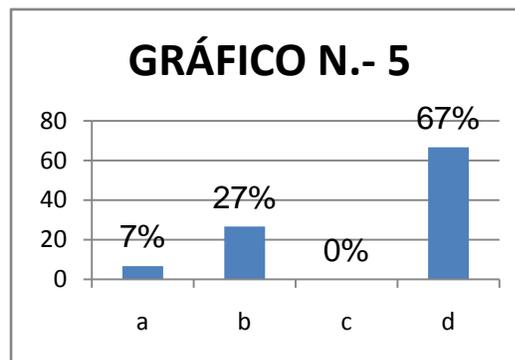
**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 67% no realiza actividades recreativas Ocupacionales, el 13% de la población las realiza una a los 15 días, de igual forma un 13% lo hace todos los días, mientras que el último 7% lo hace una vez a la semana.

**Interpretación:** Según los datos anteriores se puede constatar que la mayoría de los Adultos Mayores se encuentran sin actividad ocupacional agravando su deterioro cognt. y social, mientras que una minoría lo realiza de manera irregular.

**4.- ¿Como se siente después de participar en una Actividad Ocupacional?**

(a= alegre, b= descarga energía y se siente activo, c= entabla relaciones interpersonales d= ninguna)

CUADRO N.- 6		
Opciones	Cantidad	Porcentaje
a	1	7%
b	4	27%
c	0	0%
d	10	67%
TOTAL	15	100%



Fuente: entrevista–cuestionario (2010)

Fuente: Autor (2010)

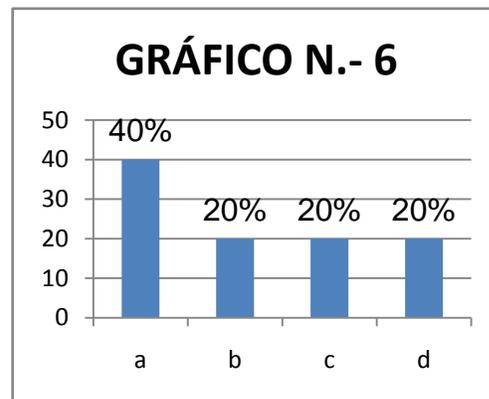
**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 67% no experimenta un sentimiento después de participar en una Actividad Ocupacional debido a que no la realiza, el 27% menciona que puede descargar energía y sentirse activo, el 7% refiere sentirse alegre, y el 0% restante a entablar relaciones interpersonales.

**Interpretación:** Según los datos anteriores se puede constatar que la mayoría de los Adultos Mayores no tiene ninguna emoción correspondiente a la Actividad Ocupacional, debido a que la mayoría de la población se encuentra ajena a dichas actividades, sin embargo un porcentaje menor refiere descargar energía y sentirse activo lo que indica que el sentimiento de productividad es indispensable en el Adulto Mayor.

**5.-Si no participa en una Actividad recreativa. ¿Como se siente?**  
(a= aburrido, b= incapaz, c= inquieto, d= ninguna)

CUADRO N.- 7		
Opciones	Cantidad	Porcentaje
a	6	40%
b	3	20%
c	3	20%
d	3	20%
TOTAL	15	100%

Fuente: entrevista–cuestionario (2010)



Fuente: Autor (2010)

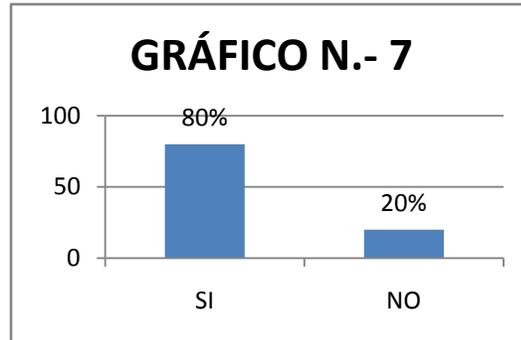
**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 40% si no participa en una Actividad Ocupacional refiere sentirse aburrido, el 20% menciona sentirse incapaz, otro 20% se muestra inquieto y el último 20% restante no evidencia sentimiento alguno.

**Interpretación:** Según los datos anteriores se puede constatar que la mayoría de los Adultos Mayores se encuentran en un estado de apatía correspondiente a la falta de estimulación presente en el entorno lo cual puede ser un factor agravante para el trastorno de Estado de Ánimo.

**6.- ¿Cree que al realizar periódicamente una Actividad Ocupacional, mejorará su Estado de Ánimo?**

Opciones	Cantidad	Porcentaje
<b>SI</b>	12	80%
<b>NO</b>	3	20%
<b>TOTAL</b>	15	100%

Fuente: entrevista-cuestionario (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 80% cree que mejorará su Estado de Ánimo realizando una Actividad Ocupacional, mientras que el 20% restante no lo cree.

**Interpretación:** Según los datos anteriores se puede constatar que la mayoría de los Adultos Mayores intentan disminuir Estados de Ansiedad y Depresión mediante la Actividad Ocupacional.

#### 4.1.2.- TEST DE DEPRESIÓN

##### ANEXO N.-4

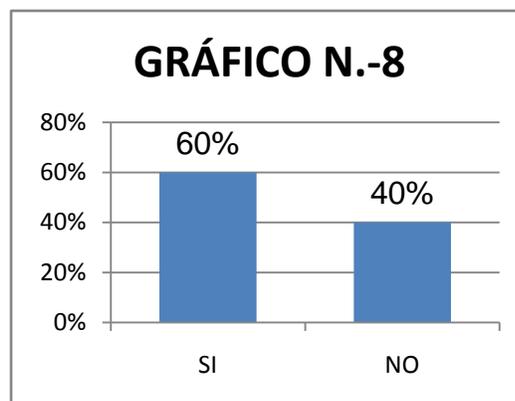
**Objetivo:** Detectar Ansiedad en los Adultos Mayores del Asilo del H.P.D.A

**APLICACIÓN DEL TEST "ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA RESUMIDA DE YESAVAGE Y CoIs. (GDS.r) A 15 PACIENTES DEL ASILO DE ANSIANOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DURANTE EL PERIODO 2009 – 2010**

1.- ¿Está básicamente satisfecho de su vida?

Alternativa	Cantidad	Porcentaje
SI	9	60%
NO	6	40%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

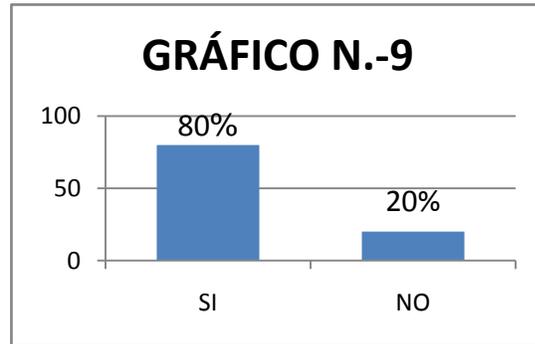
**Análisis:** Del 100% de Adulto Mayores el 60% esta básicamente satisfecho con su vida, mientras que el 40% no lo esta.

**Interpretación:** Según los datos anteriores la mayoría de Adultos Mayores se sienten satisfechos con respecto a su vida, en cambio el porcentaje restante no lo está, únicamente existe un 20% que representa a 3 individuos que hacen la diferencia entre mayoría o minoría. Pone en evidencia la posible inestabilidad con respecto al estado de ánimo del adulto mayor.

**2.- ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?**

CUADRO N.-10		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
SI	12	80%
NO	3	20%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

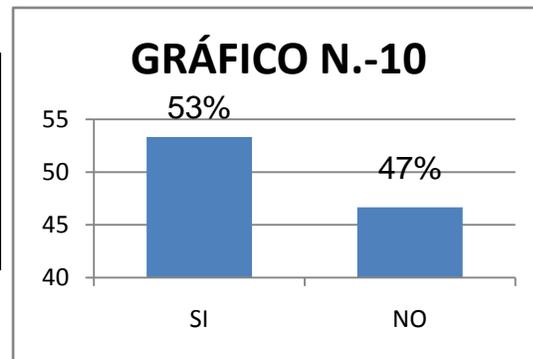
**Análisis:** Del 100% de Adulto Mayores el 80% ha renunciado a muchas de sus actividades e interese, mientras que el 20% no.

**Interpretación:** Según los datos anteriores se puede observar que el mayor porcentaje de Adultos Mayores han sufrido una pérdida de sus actividades habituales o diarias, relacionadas posiblemente a la reducción del estado afectivo del Anciano.

**3.- ¿Siente que su vida está vacía?**

CUADRO N.-11		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
SI	8	53%
NO	7	47%
TOTALES	15	100%

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

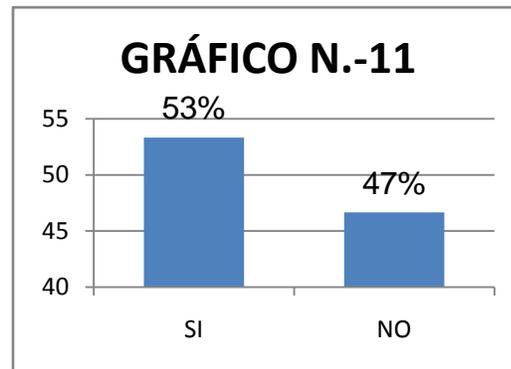
**Análisis:** Del 100% de Adulto Mayores el 53% siente que su vida esta vacía, mientras que el 47% no se siente de tal forma.

**Interpretación:** Según los datos anteriores se puede observar que el mayor porcentaje de adultos mayores tiene un sentimiento de desesperanza por la vida, que rebela la posible inestabilidad en el estado de Ánimo del Adulto Mayor.

#### 4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido?

CUADRO N.-12		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
SI	8	53%
NO	7	47%
TOTALES	15	100%

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

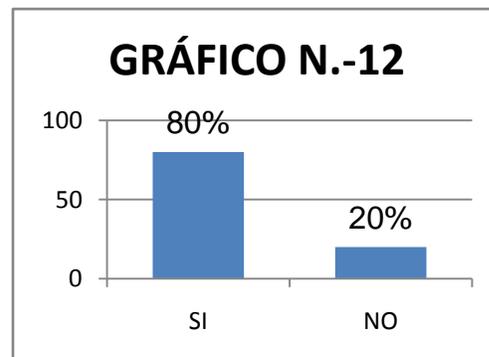
**Análisis:** Del 100% de Adulto Mayores el 53% se encuentra a menudo aburrido, mientras que el 47% no lo está.

**Interpretación:** De acuerdo a los datos anteriores se observa que el mayor porcentaje refiere encontrarse a menudo a aburrido, lo que indica una pérdida de energía y desinterés, lo que puede conllevar a estados de tristeza profunda.

#### 5.- ¿Tiene a menudo buenos ánimos?

CUADRO N.-13		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
SI	12	80%
NO	3	20%
TOTALES	15	100%

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

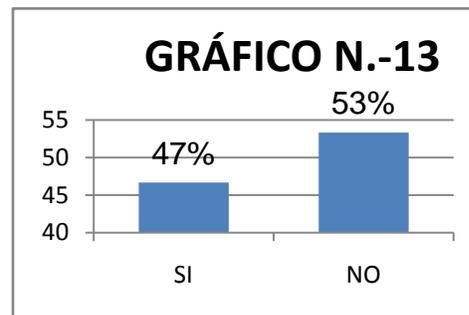
**Análisis:** Del 100% de Adulto Mayores el 80% se encuentra a menudo con buenos ánimos, mientras que el 20% no lo esta.

**Interpretación:** A partir de los datos anteriores se concluye que el mayor porcentaje de adultos mayores presentan un estado de ánimo bueno, lo que indica que no se cumplen los estados de depresión grave en este ítem.

**6.- ¿Tiene miedo de que algo malo le esté pasando?**

CUADRO N.-14		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
SI	7	47%
NO	8	53%
TOTALES	15	100%

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

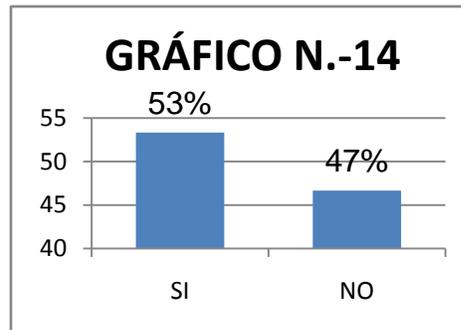
**Análisis:** Del 100% de Adulto Mayores el 47% no presenta miedo de que algo malo le este pasando, mientras que el 53% piensa lo contrario.

**Interpretación:** La mayoría de Adultos Mayores mencionan que no existe miedo de que algo malo le este pasando y que afecte actualmente su vida, sin embargo existe un porcentaje equivalente al anterior en donde si existe el miedo, lo que indica un síntoma de ansiedad.

**7.- ¿Se siente feliz muchas veces?**

CUADRO N.-15		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
SI	8	53%
NO	7	47%
TOTALES	15	100%

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

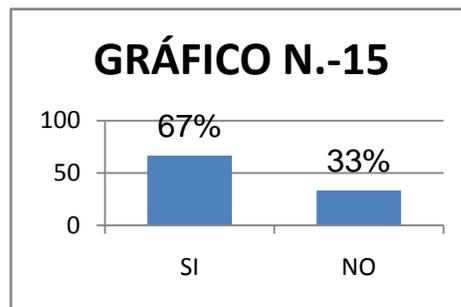
**Análisis:** Del 100% de Adulto Mayores el 53% se siente feliz muchas veces con su vida, mientras que el 47% no lo esta.

**Interpretación:** Según los datos anteriores el mayor porcentaje de Adultos Mayores mencionan un sentimiento de felicidad, por lo que se interpreta que no existe en este ítem rasgos de depresión moderada o grave.

**8.- ¿Se siente a menudo abandonado?**

CUADRO N.-16		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
SI	10	67%
NO	5	33%
TOTALES	15	100%

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

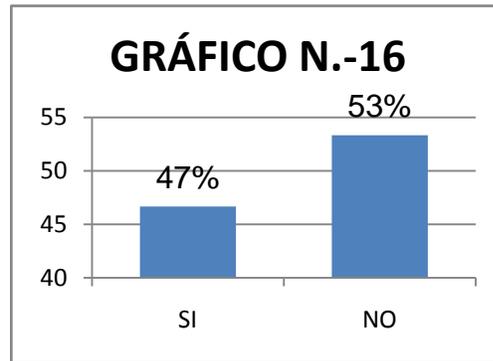
**Análisis:** Del 100% de Adulto Mayores el 67% se siente abandonado, mientras que el 33% no lo esta.

**Interpretación:** Según los datos anteriores el mayor porcentaje de Adultos Mayores refiere tener un sentimiento de abandono lo que se relaciona con la ausencia de la familia.

**9.- ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas?**

CUADRO N.-17		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
SI	7	47%
NO	8	53%
TOTALES	15	100%

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adulto Mayores el 47% prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas, mientras que el 53% realiza lo contrario.

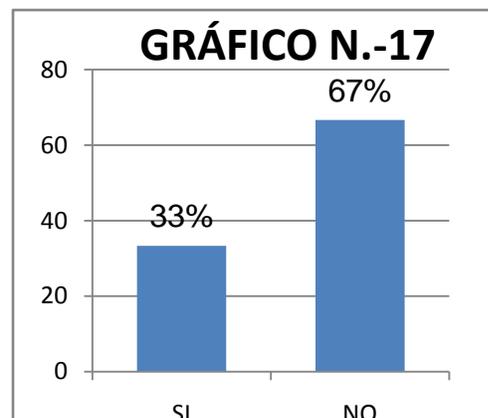
**Interpretación:** De acuerdo a los datos anteriores se puede interpretar que el mayor porcentaje de Adultos Mayores prefieren salir de sus casas y realizar cosas nuevas, lo que indica que se encuentra conservado el interés en actividades libres o recreativas.

Existe un porcentaje equivalente entre el interés por el medio que rodea al Adulto Mayor y el desinterés por participar en cosas nuevas.

**10.- ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?**

CUADRO N.-18		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
SI	5	33%
NO	10	67%
TOTALES	15	100%

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

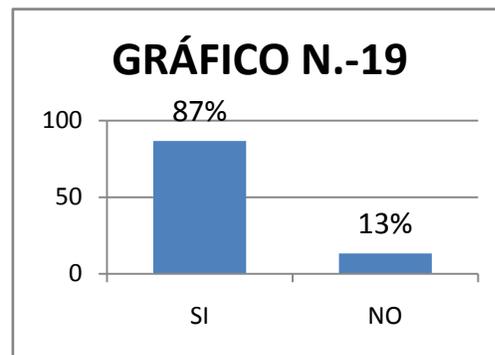
**Análisis:** Del 100% de Adulto Mayores el 33% encuentra que tiene más problemas que la mayoría de la gente, mientras que el 33% piensa lo contrario.

**Interpretación:** De acuerdo a los datos anteriores el mayor porcentaje de Adultos Mayores refiere no tener problemas de memoria que la mayoría de la gente, lo que indica que esta función cognitiva se encuentra conservada con respecto a la población senil.

**11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?**

CUADRO N.-19		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
SI	13	87%
NO	2	13%
TOTALES	15	100%

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

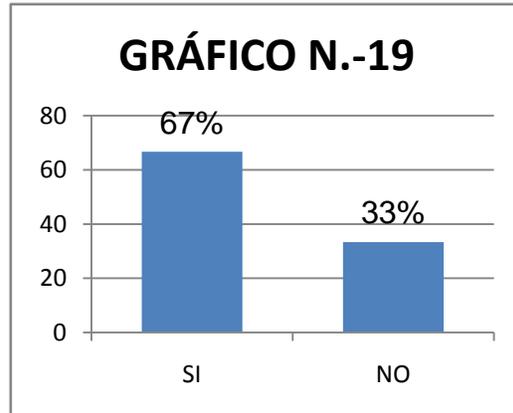
**Análisis:** Del 100% de Adulto Mayores el 87% piensa que es maravilloso vivir mientras que el 13% no esta de acuerdo.

**Interpretación:** De acuerdo a los datos anteriores se puede detectar que el mayor porcentaje de Adultos Mayores mantiene un pensamiento gratificante por la vida, factor importante para un estado de ánimo estable, sin evidencia de depresión grave para este ítem.

**12.- ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?**

CUADRO N.-20		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
SI	10	67%
NO	5	33%
TOTALES	15	100%

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

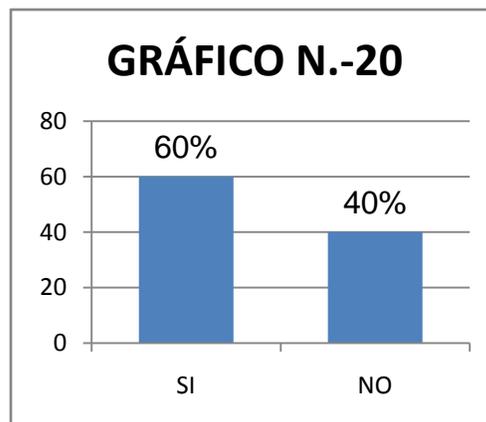
**Análisis:** Del 100% de Adulto Mayores el 67% piensa que le es difícil poner en marcha nuevos proyectos, mientras que para el 33% no lo es.

**Interpretación:** El mayor porcentaje de Adultos Mayores consideran tener dificultad de emprender nuevos proyectos, lo que puede ser consecuente al deterioro de algunas funciones cognitivas y sociales, de igual manera se evidencia la falta de estimulación centrada en las áreas afectadas.

**13.- ¿Se siente lleno de energía?**

CUADRO N.-21		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
SI	9	60%
NO	6	40%
TOTALES	15	100%

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

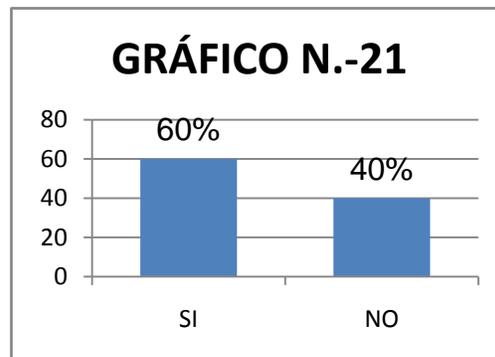
**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 60% se siente lleno de energía, mientras que el 40% no lo esta.

**Interpretación:** Según los datos anteriores el mayor porcentaje de Adultos Mayores mencionan sentirse llenos de energía, lo que se interpreta como una buena predisposición para realizar actividades recreativas y lúdicas enmarcadas en el área de Actividades Ocupacionales.

#### 14.- ¿Siente que su situación es desesperada?

CUADRO N.-22		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
SI	9	60%
NO	6	40%
TOTALES	15	100%

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

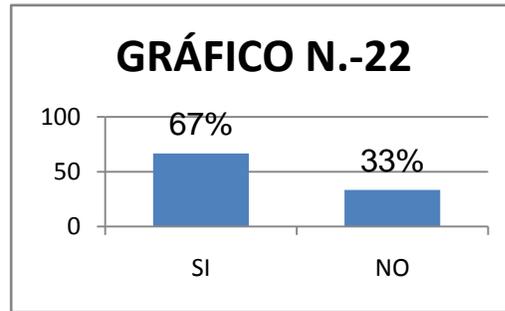
**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 60% siente que su situación es desesperada, mientras que el 40% piensa que no lo es.

**Interpretación:** Según los datos anteriores se comprueba que el mayor porcentaje de Adultos Mayores presentan un sentimiento de desesperanza acorde a su situación, lo que puede corresponder a una conciencia del deterioro de sus funciones Cognitivas y Sociales que conllevaría a tener estados de tristeza y ansiedad prolongados.

15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?

CUADRO N.-23		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
SI	10	67%
NO	5	33%
TOTALES	15	100%

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 67% cree que mucha gente esta mejor ellos, mientras que el 33% cree que no lo esta.

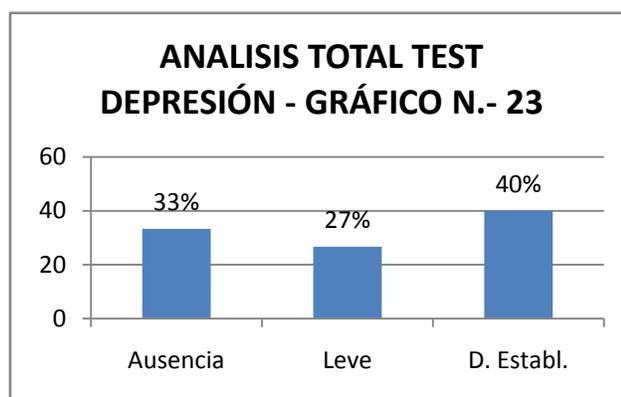
**Interpretación:** Según los datos anteriores el mayor porcentaje de Adultos Mayores consideran que se encuentran en desventaja que la demás gente en el contexto social, lo que indica posibles sentimientos de frustración e impotencia, lo que puede conducir a rasgos de depresión y ansiedad.

## RESULTADO FINAL

### Escala de Depresión Geriátrica resumida de Yesavage y Cols. (GDS-r) tomada a los Adultos Mayores del Asilo de Ancianos del H.P.D.A

CUADRO N.-24	DEPRESIÓN		
	ANÁLISIS TOTAL		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje	
Ausencia	5	33%	
Depresión Leve	4	27%	
Depresión Establecida.	6	40%	
Total	15	100%	

Fuente: Test de depresión (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 40% presenta una depresión Establecida, el 33% refiere tener ausencia de la misma y el 27% restante se encuentra con una depresión leve.

**Interpretación:** Según los datos anteriores se deduce que la mayoría de Adultos Mayores presentan depresión establecida (Moderada a Grave), lo que indica un estado de ánimo bajo inferior al normal que a su vez repercute en el deterioro cognitivo, adaptativo y psicosocial de igual forma puede causar una enfermedad psicosomática o agravar enfermedades existentes

### 4.1.3.- TEST DE ANSIEDAD

#### ANEXO N.-5

ASILO DE ANCIANOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

**Objetivo:** Detectar Ansiedad en los Adultos Mayores del Asilo

#### APLICACIÓN DEL TEST "ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (HAMILTON ANXIETY RATING SCALE, HARS) A LOS ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DURANTE EL PERIODO 2009 - 2010

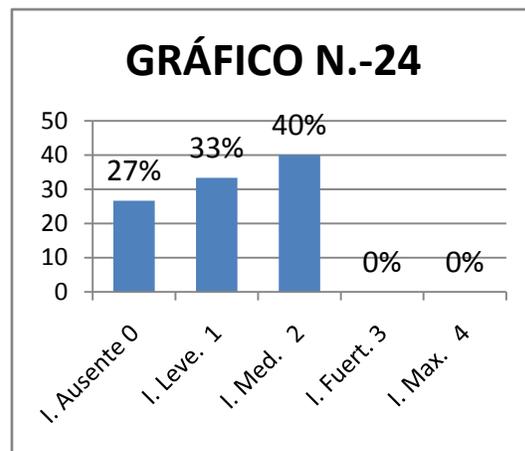
**Observación:** El Test "Escala de Ansiedad de Hamilton para la Ansiedad" ha sido aplicado conjuntamente con la Historia Clínica Psicológica que ha servido de apoyo para la identificación en la presencia o ausencia de enfermedades fisiológicas propias de la vejez, y que podrían confundir algunas preguntas relacionadas a síntomas somáticos de este Test. Cabe indicar que el grupo sometido a la aplicación del presente reactivo, no presenta padecimientos Físicos o neurodegenerativos de importancia que sean invalidantes.

#### 1. Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)

(I= Intensidad)

CUADRO N.-25		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
I. Ausente 0	4	27%
I. Leve. 1	5	33%
I. Media. 2	6	40%
I. Fuerte. 3	0	0%
I. Max. 4	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de Ansiedad (2010)



Fuente: Autor (2010)

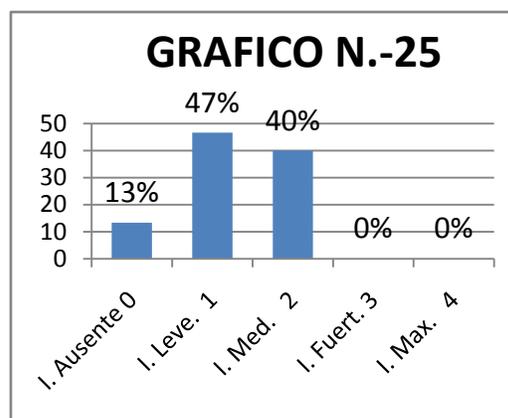
**Análisis:** Del 100% de Adulto Mayores refiriéndose al humor ansioso el 40% se encuentra con una intensidad media, el 33% con intensidad leve y el 27% restante muestra ausencia del mismo.

**Interpretación:** De acuerdo a los datos anteriores se concluye que la intensidad del humor ansioso es de leve a media sin llegar a ser invalidantes con respecto a toda la población de Adultos Mayores que se investigó.

**2. Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar) (I= Intensidad)**

CUADRO N.-26		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
I. Ausente 0	2	13%
I. Leve 1	7	47%
I. Media 2	6	40%
I. Fuerte 3	0	0%
I. Max. 4	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de Ansiedad (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 47% presenta tensión con una intensidad leve, 40% muestra una intensidad media, y el 13% restante presenta ausencia de este ítem.

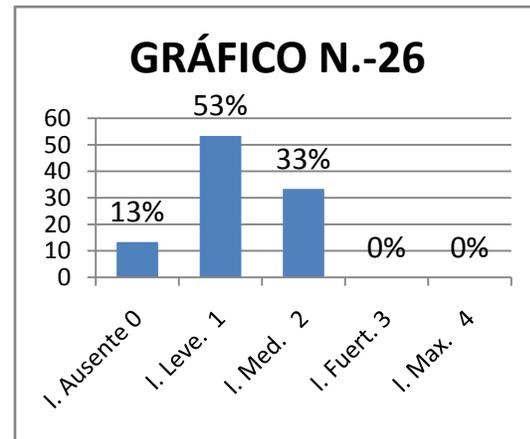
**Interpretación:** De acuerdo a los datos anteriores se concluye que la intensidad de la tensión se ubica entre leve a media sin llegar a ser invalidante con respecto a toda la población de Adultos Mayores que se investigó.

**3. Miedos (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)**

(I= Intensidad)

CUADRO N.-27		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
I. Ausente 0	2	13%
I. Leve. 1	8	53%
I. Media. 2	5	33%
I. Fuerte. 3	0	0%
I. Max. 4	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de Ansiedad (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 53% presenta miedo generalizado a las cosas con una intensidad leve, de igual forma el 33% muestra intensidad media, y el 13% restante se encuentra ausente de este ítem.

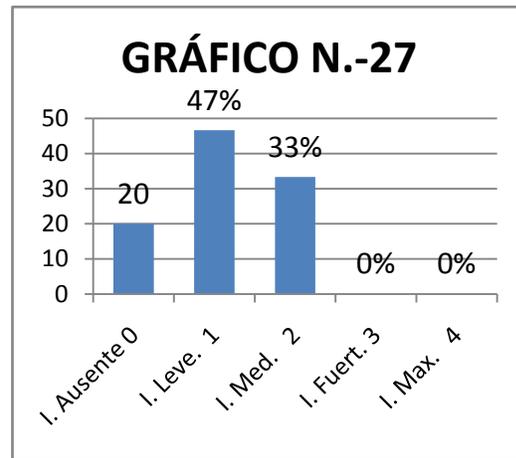
**Interpretación:** Según los datos anteriores la mayoría de Adultos Mayores presentan miedos con una intensidad Leve a Media, lo que se interpreta que este síntoma de ansiedad posiblemente conlleva a conductas de evitación.

**4.- Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)**

(I= Intensidad)

CUADRO N.-28		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
I. Ausente 0	3	20%
I. Leve. 1	7	47%
I. Media. 2	5	33%
I. Fuerte. 3	0	0%
I. Max. 4	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de Ansiedad (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adulto Mayores el 47% presenta insomnio con una intensidad media, el 33% con intensidad media, el 13% restante presenta ausencia de este ítem.

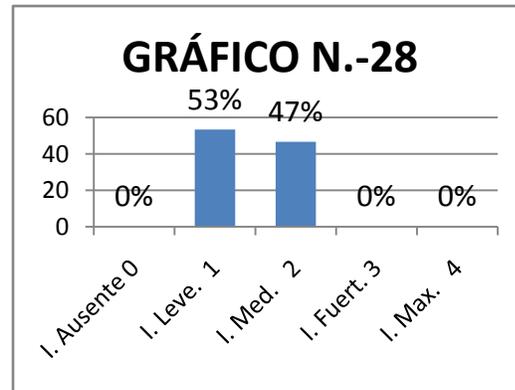
**Interpretación:** De acuerdo a los datos anteriores se concluye que la mayoría de Adultos Mayores presenta insomnio con una intensidad leve a media, lo que indica rasgos de ansiedad con imposibilidad de conciliar y mantener el sueño que pueden llevar a conductas irritables en esta población.

## 5. Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)

(I= Intensidad)

CUADRO N.-29		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
I. Ausente 0	0	0%
I. Leve. 1	8	53%
I. Media. 2	7	47%
I. Fuerte. 3	0	0%
I. Max. 4	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de Ansiedad (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores, el 53% presenta mala concentración y mala memoria con una intensidad Leve, y el 47% restante con intensidad media.

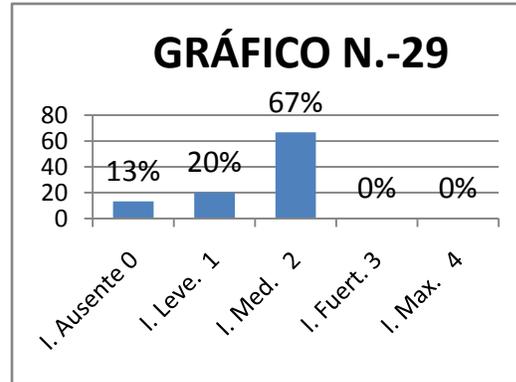
**Interpretación:** De acuerdo a los datos anteriores se concluye que el deterioro de las dos funciones intelectuales radica con una intensidad leve a media, lo que muestra el proceso del deterioro cognitivo por la edad y el sedentarismo e indica a su vez la necesidad del trabajo con Terapia Ocupacional.

**6. Humor deprimido (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)**

(I= Intensidad)

CUADRO N.-30		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
I. Ausente 0	2	13%
I. Leve. 1	3	20%
I. Media. 2	10	67%
I. Fuerte. 3	0	0%
I. Max. 4	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de Ansiedad (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 67% presenta humor deprimido con intensidad media, el 20% muestra una intensidad leve, y el 13% restante esta ausente de este síntoma.

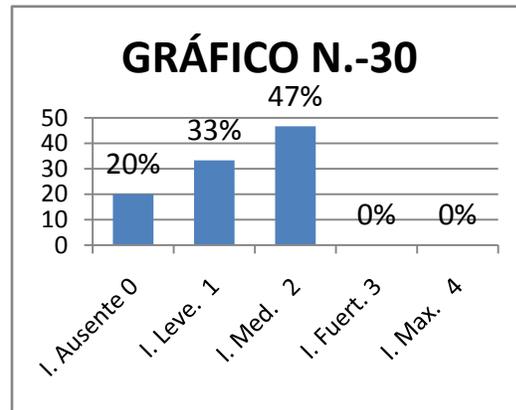
**Interpretación:** De acuerdo a los datos anteriores se concluye que la mayoría de Adultos Mayores presenta humor deprimido con una intensidad leve a media, lo que indica que es concomitante a la depresión.

**7. Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)**

(I= Intensidad)

CUADRO N.-31		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
I. Ausente 0	3	20%
I. Leve. 1	5	33%
I. Media. 2	7	47%
I. Fuerte. 3	0	0%
I. Max. 4	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de Ansiedad (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 47% presenta una intensidad media de síntomas somáticos generales musculares, un 33% muestra una intensidad leve, y el 20% restante se muestra ausente de este síntoma.

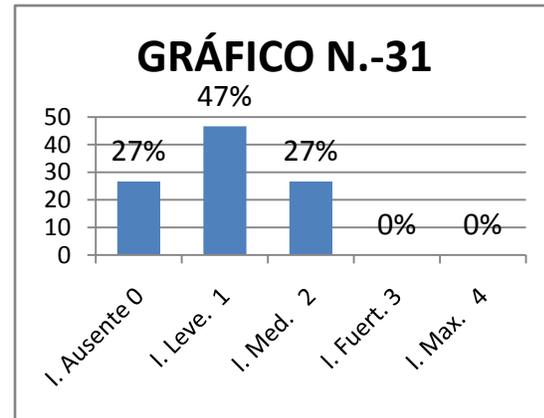
**Interpretación:** De acuerdo a los datos anteriores se concluye que la mayoría de Adultos Mayores presenta Síntomas Somáticos generales (musculares) de intensidad leve a media, lo que se interpreta como posible causa de Sint. Psicósomáticos relacionados a estados depresivos y estados de ansiedad en esta población.

**8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)**

(I= Intensidad)

CUADRO N.-32		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
I. Ausente 0	4	27%
I. Leve. 1	7	47%
I. Media. 2	4	27%
I. Fuerte. 3	0	0%
I. Max. 4	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de Ansiedad (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 47% presenta una intensidad leve a los síntomas somáticos sensoriales, de igual forma un 27% presenta una intensidad media a los mismos síntomas, de igual forma un 27% restante presenta ausencia de este ítem.

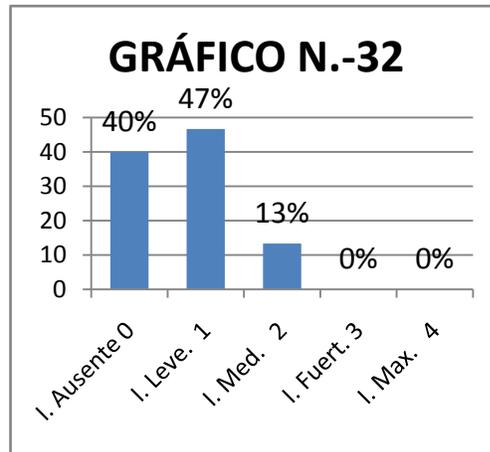
**Interpretación:** De acuerdo a los datos anteriores se concluye que la mayoría de Adultos Mayores presenta Síntomas Somáticos Generales (sensoriales), con intensidad correspondiente a leve y media, lo que puede indicar posibles Trastornos psicósomáticos del Estado Emocional.

**9. Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)**

(I= Intensidad)

CUADRO N.-33		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
I. Ausente 0	6	40%
I. Leve. 1	7	47%
I. Media. 2	2	13%
I. Fuerte. 3	0	0%
I. Max. 4	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de Ansiedad (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 47% presenta intensidad leve en los síntomas cardiovasculares, un 40% se muestra ausente de los mismos, y un 13% restante con intensidad media.

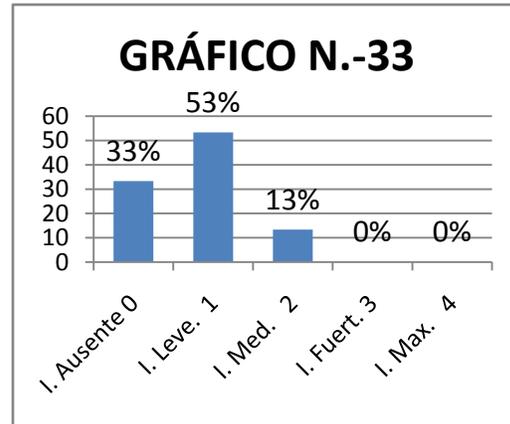
**Interpretación:** De acuerdo a los datos anteriores se concluye que la mayoría de Adultos Mayores presenta Síntomas cardiovasculares, con una intensidad correspondiente a leve y media, lo que indica un descenso en el riesgo de muerte

**10. Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)**

(I= Intensidad)

CUADRO N.-34		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
I. Ausente 0	5	33%
I. Leve. 1	8	53%
I. Media. 2	2	13%
I. Fuerte. 3	0	0%
I. Max. 4	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de Ansiedad (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 53% presenta síntomas respiratorios con una intensidad leve, un 33% muestra ausencia de estos síntomas, y un 13% restante se encuentra con intensidad media.

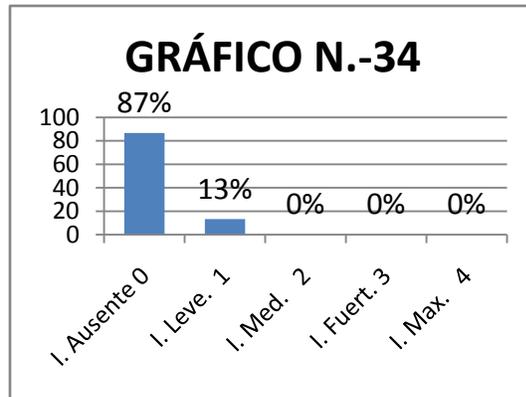
**Interpretación:** De acuerdo a los datos anteriores se concluye que la mayoría de Adultos Mayores presenta Síntomas Respiratorios, con intensidad leve a media, lo que indica posibles Trastornos Conversivos del Estado Emocional.

**11. Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)**

(I= Intensidad)

CUADRO N.-35		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
I. Ausente 0	13	87%
I. Leve. 1	2	13%
I. Media. 2	0	0%
I. Fuerte. 3	0	0%
I. Max. 4	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de Ansiedad (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 87% presenta ausencia de síntomas gastrointestinales, el 13% restante presenta estos síntomas con una intensidad leve.

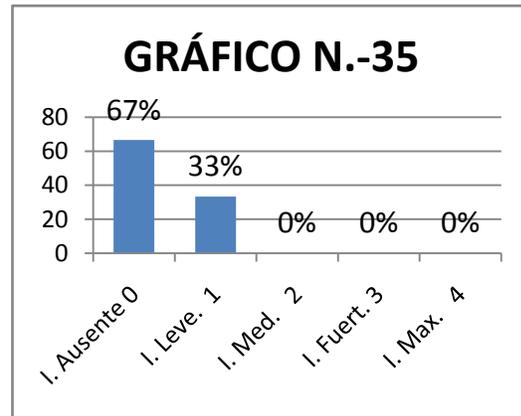
**Interpretación:** De acuerdo a los datos anteriores se concluye que la mayoría de Adultos Mayores presenta Síntomas Gastrointestinales, con intensidad leve a media, lo que puede conllevar de igual forma a Trastorno Conversivo del Estado Emocional en esta población.

**12. Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia).**

(I= Intensidad)

CUADRO N.-36		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
I. Ausente 0	10	67%
I. Leve. 1	5	33%
I. Media. 2	0	0%
I. Fuerte. 3	0	0%
I. Max. 4	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de Ansiedad (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 67% presenta ausencia de síntomas genitourinarios y un 5% restante los muestra con intensidad leve.

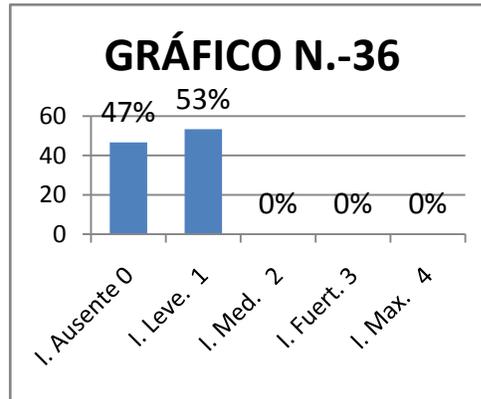
**Interpretación:** Según los datos anteriores la mayoría de Adultos Mayores presenta ausencia de síntomas genitourinarios posiblemente a la ausencia de funciones sexuales propias de la edad e indagación en la Historia Clínica, y la minoría presente vincularse a Trastornos Conversivo Del Estado Emocional.

**13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de Tensión, pilo erección**

(I= Intensidad)

CUADRO N.-37		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
I. Ausente 0	7	47%
I. Leve. 1	8	53%
I. Media 2	0	0%
I. Fuerte. 3	0	0%
I. Max. 4	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de Ansiedad (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 53% presenta síntomas del sistema nervioso autónomo con intensidad leve, y un 47% presenta ausencia de los de los mismos

**Interpretación:** Según los datos anteriores la mayoría de Adultos Mayores presentan Síntomas del Sistema Nervioso Autónomo con una intensidad leve lo que indica en su mayor parte síntomas Conversivos. del Estado. Emocional descartando posible síntoma. Relacionados a enfermedad debido a la indagación en la Historia Clínica.

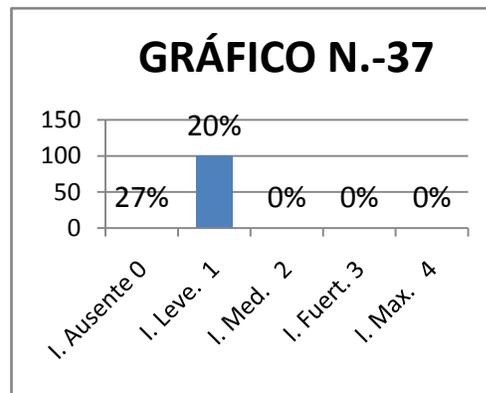
#### 14. Comportamiento durante la entrevista

– General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales)

(I= Intensidad)

CUADRO N.-38		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
I. Ausente 0	0	0%
I. Leve. 1	15	100%
I. Media. 2	0	0%
I. Fuerte. 3	0	0%
I. Max. 4	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de Ansiedad (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% de Adultos Mayores el 100% presenta un comportamiento ansioso durante la entrevista de intensidad leve.

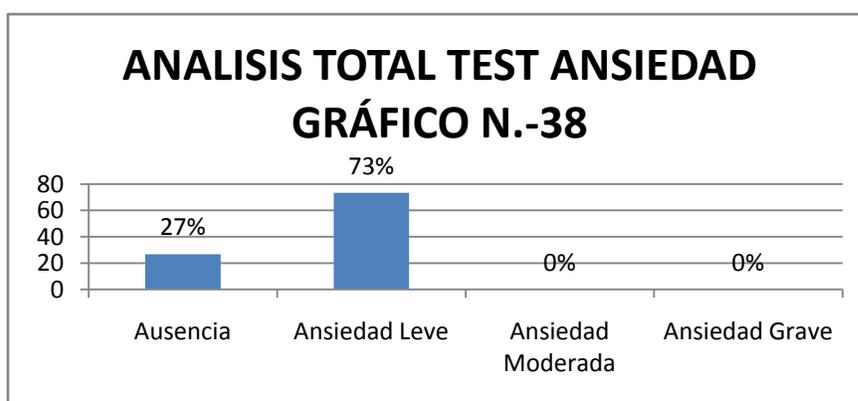
**Interpretación:** Según los datos anteriores la mayoría de Adultos Mayores presenta un comportamiento ansioso de intensidad leve lo que indica que la mayoría de la población puede estar preocupada por los diferentes ítems contestados.

## RESULTADO FINAL

### Escala de Hamilton para la Ansiedad tomada a los Adultos Mayores del Asilo de Ancianos del H.P.D.A

CUADRO N.-39		
ANÁLISIS TOTAL - TEST ANSIEDAD		
Alternativa	Cantidad	Porcentaje
Ausencia	4	27%
Ansiedad Leve	11	73%
Ansiedad Moderada	0	0%
Ansiedad Grave	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Test de Ansiedad (2010)



Fuente: Autor (2010)

**Análisis:** Del 100% del total de adultos Mayores el 73% se encontró con Ansiedad leve (intensidad leve a media), y el 27% restante manifestaba ausencia de ansiedad.

**Interpretación:** según los datos anteriores se deduce que el total de Adultos Mayores presenta ansiedad de tipo leve, este trastorno del Estado de Ánimo aun siendo leve repercute de igual forma que la depresión en el deterioro cognitivo o a su vez puede causar alguna enfermedad psicosomática en esta población de Adultos Mayores.

## 4.2.- Verificación de Hipótesis

La Ausencia de Terapia Ocupacional influye en el desarrollo de trastornos del estado de ánimo del Adulto Mayor del H.P.D.A

La hipótesis se comprueba debido a que en la entrevista-encuesta aplicada a la población de adultos mayores del Asilo de Ansianos del H.P.D.A, sobre la Actividad Ocupacional, se evidenció un 67% del total de la población que manifestó no recibir Actividad Ocupacional, un 33% si la realiza de la siguiente forma, el 13% a los 15 días, otro 13% más la realiza todos los días y el 7% restante lo hace una vez a la semana (Grafico n.-3), (Anexo.-2), corroborando con la población que no recibe Actividad Ocupacional, un 67% no experimenta ningún sentimiento frente a una actividad ocupacional (Grafico n.-6), (Anexo.-2), debido a que esta no existe.

Ante la ausencia de Terapia Ocupacional en la mayoría de la población de Adultos Mayores, se procede con el estado de ánimo, los resultados finales del Test de Depresión Geriátrica Resumida de Yesavage y Cols. (GDS-r), Anexo n.-4, tomados a toda la población a investigar, en donde se destacó un 40% de Adultos Mayores con depresión Establecida (nivel de moderada a grave) y un 27% con depresión leve (Gráfico n.-38), dando como resultado un 67% del total de la población que presenta depresión, de esta manera se evidencia el trastorno del Estado de Ánimo Depresivo en su mayoría con una intensidad Moderada a Grave.

De igual forma en el resultado final de la Escala de Hamilton para la Ansiedad se pudo destacar un 73% de toda la población con presencia de Ansiedad Leve (Intensidad leve a media) (Gráfico n.-39), evidenciando un trastorno del estado de Animo Ansioso presente en la población del Asilo de Acianos del H.P.D.A.

Por lo tanto se evidencia que la Ausencia de Terapia Ocupacional influye en el desarrollo de trastornos del Estado de Ánimo.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

#### 5.1.- CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se concluye que:

- El 67% del total de la población no recibe Actividad Ocupacional, de igual forma un 33% si la recibe pero no de una manera periódica evidenciando la ausencia de Terapia Ocupacional, (Grafico n.-3).
- Un 67% del total de la población de Adultos Mayores del asilo del H.P.D.A presentó depresión, resaltando el 40% con Depresión Establecida de niveles moderada a grave (Grafico n.-38 Análisis Total Test Depresión).
- El 73% de Adultos Mayores presentaron Ansiedad Leve (Grafico n.-39 Análisis Total Test Ansiedad).
- El trastorno del estado de ánimo predominante en la población que se investigó fue la ansiedad con nivel leve.
- Se comprueba la hipótesis debido a que la Ausencia de Terapia Ocupacional si influye en el desarrollo de trastornos del Estado de

Ánimo, según los porcentajes estadísticos obtenidos (Grafico n.-38 Análisis Total Depresión, Grafico n.-39 Análisis Total Test Ansiedad).

- La depresión (moderada - grave) y la ansiedad leve (intensidad leve a media) se consideran como estados emocionales que pueden afectar gravemente las funciones afectivas, cognitivas y sociales del Adulto Mayor del Asilo de Ansianos del H.P.D.A.

## **5.2.- RECOMENDACIONES**

- Realizar un programa de actividades de Terapia Ocupacional encaminadas a enlentecer el deterioro cognitivo y a la superación del estado de ánimo bajo inferior de la población que esta investigación seleccionó.
- El programa de actividades de Terapia Ocupacional debe constar con una planificación de la hora y la dinámica en que se debe aplicar las diferentes actividades de T.O.
- El programa de Terapia Ocupacional puede apoyarse en el tema de la psico-estimulación preventiva en el adulto mayor.
- Tratamiento psiquiátrico.

## CAPITULO VI

### PROPUESTA

#### 6.1. Datos informativos

**Nombre:** Manual de Terapia Ocupacional para disminuir niveles de Depresión y Ansiedad en el Adulto Mayor.

**Lugar:** Asilo de Ancianos del Hospital Provincial Docente Ambato

**Duración:** 3 Meses

**Participantes:** Adultos Mayores que presentan Depresión y Ansiedad, de igual forma enfermeros, médicos, psicólogo e investigador.

#### 6.2. Antecedentes de la propuesta

La elaboración del manual de terapia ocupacional se baso en los antecedentes que se pudo observar en esta investigación entre ellos se destaca un 67% del total de la población de Adultos Mayores que no recibe Actividad Ocupacional y un 33% que si la recibe pero no periódicamente evidenciando la Ausencia de Terapia Ocupacional, debido a que se denomina Terapia Ocupacional a cualquier actividad que sea constante y se encamine a una recuperación física o psicológica. De la misma manera existen altos niveles de trastornos del Estado de Ánimo como Depresión con un 67% con predominancia moderada a agrave dentro del total de la población, de igual forma la Ansiedad que se encontró es de un 73%, lo que amerita a plantear una solución (Grafico n.-38, Grafico n.-39).

Stassen (2000); menciona: “En la valoración clínica de los ancianos, incluso una depresión leve, como la ansiedad, puede disminuir la función cognitiva general, aunque no reduzca la capacidad subyacente (Powell, 1994; Rabbitt y cois., 1995)”.

En algunos casos, la persona simplemente siente una ansiedad inusitada, lo cual puede provocar que incluso los individuos sanos y brillantes olviden informaciones importantes, como sabemos todos los que nos hemos presentado a un examen final bajo una fuerte presión. Para la mayoría de las personas mayores, la ansiedad que éstas sienten cuando ingresan en un hospital o en una residencia de ancianos es causa suficiente para provocarles una desorientación importante y la pérdida de memoria. (ibid)

En general, parece ser que la depresión provoca el deterioro del intelecto con más frecuencia de lo que este declive afecta al estado de ánimo. (ibid)

Debido a la realidad mencionada es necesario encontrar un tratamiento para el Adulto Mayor que padece de Trastorno del Estado de Ánimo, debido a que es un ser humano, por lo cual también tiene derechos, y entre los cuales está ser atendido de la mejor manera por profesionales de la salud. Para una adecuada atención acorde a la necesidad actual se implementara la terapia ocupacional por las siguientes razones:

La American Occupational Therapy Association (AOTA), (1986); define la Terapia Ocupacional como:

“El uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad, puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y para aumentar la calidad de vida”.

Hopkins en su libro *“Introducción a la terapia ocupacional”* transcribe:  
*“Terapia Ocupacional es cualquier actividad física o mental, prescrita por el medico y guiada profesionalmente para ayudar a un paciente a recuperarse de una lesión o enfermedad”* McNary (1947).

López (2002); refiere: Los principales objetivos de la intervención de Terapia Ocupacional en cualquier ámbito de actuación, en general, y en geriatría, en particular, consisten en restaurar o mantener la independencia funcional óptima y el nivel de satisfacción vital, a través del análisis y selección apropiada de abordajes, métodos, técnicas y actividades, que permitan al individuo desarrollar o mantener las habilidades adaptativas requeridas para soportar sus roles vitales.

Herrera (2011); Debido a estas apreciaciones sobre la Terapia Ocupacional he decidido que forme parte de la solución en esta investigación, logrando así relentecer el deterioro cognitivo del anciano, fomentar una actividad distractora y una actividad de descarga de energía logrando disminuir o erradicar la Depresión y Ansiedad presentes en esta población.

### **6.3. Justificación**

Los trastornos del estado de ánimo más significativos y la ausencia de Terapia Ocupacional a la que se encuentra expuesto el adulto mayor en el asilo de ancianos del H.P.D.A, conllevan a diferentes efectos perjudiciales como: aumento del deterioro cognitivo, aislamiento del entorno social dentro del asilo, estados de tristeza, melancolía, aburrimiento, pensamientos de inutilidad, anhedonia, etc. De igual forma el individuo comenzará a acumular ansiedad, tensión, que conllevarían a trastornos psicósomáticos como dolores en el cuerpo que no cesarían con medicamentos a diferencia de los dolores propios por una causa orgánica.

Por tal motivo es de suma importancia aplicar la Terapia Ocupacional debido a que es de gran ayuda para el relentecer el deterioro cognitivo, y disminuir la Depresión y Ansiedad presentes en la población de Adultos Mayores del Asilo. De igual manera se fomentará la convivencia social primordial para una integración que evite el aislamiento.

Para ello la Terapia Ocupacional según Pérez y Cuadrado (2002) en “la revista de neurología”; mencionan: Trata de disminuir o compensar las deficiencias cognitivas, perceptivas o motoras para que el paciente neurológico alcance el mayor grado posible de funcionalidad y de autonomía. Aunque de momento no se ha evaluado la eficacia de la TO de forma sistemática, existen estudios que avalan su utilidad clínica en algunas afecciones neurológicas, como las enfermedades cerebro-vasculares, las demencias y la esclerosis múltiple.

## **6.4. Objetivos**

### **6.4.1.- Objetivos Generales**

- Elaborar un Manual de Terapia Ocupacional para disminuir Estados de Depresión y Ansiedad en el Adulto Mayor del Asilo de Ancianos del H.P.D.A.

### **6.4.2.- Objetivos Específicos**

- Fortalecer las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- Enlentecer el deterioro de funciones Cognitivas y Adaptativas a medida que se disminuye niveles de Ansiedad y Depresión.
- Evaluar el impacto de la aplicación del Manual de Terapia Ocupacional y la Disminución de Estados de Ansiedad y Depresión.

## 6.5.- Fundamentación

### ▪ **Manual de Terapia Ocupacional**

Para ello Graham menciona: “El manual presenta sistemas y técnicas específicas. Señala el procedimiento a seguir para lograr el trabajo de todo el personal de oficina o de cualquier otro grupo de trabajo que desempeña responsabilidades específicas. Un procedimiento por escrito significa establecer debidamente un método estándar para ejecutar algún trabajo”.

La Secretaria de Relaciones Exteriores (2004); México; menciona: “Los manuales de procedimientos, como instrumentos administrativos que apoyan el que hacer institucional, están considerados como elementos fundamentales para la coordinación, dirección, evaluación y el control administrativo, así entre las distintas unidades administrativas de la Dependencia.”

Por otra parte, entenderemos por procedimiento la sucesión cronológica o secuencial de actividades concatenadas, que precisan de manera sistemática la forma de realizar una función o un aspecto de ella. (ibíd.)

### ▪ **Función del Manual de Terapia Ocupacional**

El manual debe tener técnicas de actividades ocupacionales encaminadas al bienestar del adulto mayor, de igual forma debe constar de reglas que indiquen cuando se deben aplicar tales técnicas o actividades ocupacionales, los objetivos deben ser claros orientados a enlentecer el deterioro cognitivo y disminución del los trastornos del Estado de Animo como la Depresión y Ansiedad.

Se logrará enlentecer el deterioro de la funciones cognitivas y la disminución de los estados de Depresión y Ansiedad de la siguiente manera:

Al aplicar la terapia ocupacional compuesta de actividades orientadas a algunas de las funciones cognitivas básicas del adulto Mayor como la Orientación, Memoria, Atención, Sensopercepciones, Afectividad, Pensamiento, Voluntad, y también el área adaptativa, se logrará una estimulación de estas áreas que se encuentran de deterioro propio de la edad del anciano logrando así relentecer este proceso.

De igual forma según la investigación antes realizada, se destaca que tanto la ansiedad como la depresión aun siendo de intensidad leve conducen al anciano a estimular el progreso del deterioro de sus funciones cognitivas de manera constante. Al implementar las Actividades Ocupacionales aparte de contrarrestar el deterioro cognitivo actuarán como un mecanismo de afrontamiento ante la ansiedad y depresión debido a que se estará descargando energía acumulada por la pasividad y el sedentarismo que podrían llevar a síntomas de ansiedad, de igual forma evitará pensamientos que lleven al adulto mayor a síntomas de depresión mediante la distracción originada por la Terapia Ocupacional.

#### **6.6.- Metodología**

- ❖ La creatividad es de suma importancia para aprovechar o sobrellevar situaciones que pudiesen anteponer al transcurso normal de la Terapia Ocupacional.
- ❖ Se aplicará el presente manual todos los días, de manera que se abarque cuatro horas diarias, éstas se encontraran divididas, dos horas en la mañana y dos horas por la tarde (si el profesional le lleva más tiempo en la aplicación de la terapia ocupacional no importa).
- ❖ Se deberá realizar una conferencia a los trabajadores y cuidadores sobre la terapia ocupacional aplicada a los residentes del Asilo, enfatizando el apoyo integrativo de las diferentes áreas.

- ❖ A los adultos Mayores se les indicara la hora y fecha del día, al inicio de la actividad y al final, en la mañana y tarde.
- ❖ Las actividades deberán cambiar todos los días, la cantidad de actividades depende del tiempo máximo de las dos horas.
- ❖ Se puede alternar las actividades ha iniciativa del terapeuta.
- ❖ Las actividades se realizarán de manera alternada, grupal e individual según crea conveniente el profesional de la salud encargado de ejecutar las tareas.
- ❖ La psicoterapia de apoyo se realizará un día completo y se enfatizará en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, de igual manera en la motricidad gruesa.
- ❖ Además se utilizará, dos tipos de razonamiento clínico que algunos autores han descrito según López (2002):
  - Razonamiento pragmático: definido por Schell y Cervero como una estrategia que tiene en cuenta factores del contexto de la práctica de la Terapia Ocupacional y factores personales del terapeuta.
  - Razonamiento narrativo: definido por Mattingly; describe dos formas en que los terapeutas ocupacionales utilizan este tipo de razonamiento: contando la historia del anciano, formal o informalmente, y creándola; el terapeuta prevé cómo va a evolucionar el paciente, basándose en ello para guiar el proceso de Terapia Ocupacional

- **Áreas que estimulará la Terapia Ocupacional**
  - **Las actividades Básicas de la Vida Diaria – Psicoterapia de Apoyo**
    - a) Alimentación
    - b) Higiene personal
    - c) Necesidades que presente el paciente según la evaluación de Terapia Ocupacional basada en las actividades de la vida diaria.
    - d) No caerse de la cama
    - e) No caerse en los pasillos
    - f) Utilizar silla de ruedas

Objetivo: Fortalecer las Actividades Básicas de la Vida Diaria y la motricidad gruesa

- **El componente psicológico – afectivo y Psicosocial**
  - g) Álbum de recuerdos
  - h) Audicuentos
  - i) Bingo, juego de cartas, rompecabezas, dominó
  - j) Circuito ciego
  - k) Concentración
  - l) Contar hasta siete
  - m) Conversaciones de libros, revistas, películas, tema de interés.
  - n) Cuentos cooperativos
  - o) Descripción de su aspecto físico
  - p) El juego de dibujar
  - q) El mundo al revés
  - r) El noticiario
  - s) Este es mi amigo
  - t) Expresiones de su vida
  - u) Expresiones sobre sí mismo
  - v) Intercambio de aplausos
  - w) Ja, ja, ja

- x)** Juegos de mesa
- y)** Karaoke
- z)** La pelota caliente
- aa)** La telaraña
- bb)** La visita al zoológico
- cc)** Las serpientes encantadas
- dd)** Mensajes confusos
- ee)** Mirar una película
- ff)** Opiniones de la Terapia Ocupacional
- gg)** Palabras cruzadas
- hh)** Paseos dentro o fuera del entrono del asilo, la segunda opción con supervisión extra.
- ii)** Pegada de manos
- jj)** Pescar
- kk)** Presentación gesticulada
- ll)** Presentarse y definir un sentimiento
- mm)** Psicoterapia de apoyo
- nn)** Que espero de la Terapia Ocupacional
- oo)** Reconozco tu animal
- pp)** Reflexión del día
- qq)** Relajación Bergues y Bouns
- rr)** Relajación de Arnold Lazarus
- ss)** Una orquesta sin instrumentos

Objetivo: Fortalecer el lenguaje, incorporar la integración social del contexto en el que se encuentra el Adulto Mayor.

▪ **Fortalecer áreas cognitivas y enlentecer el deterioro cognitivo**

- tt)** Biografía personal y del entorno inmediato.
- uu)** Descripción de objetos con los ojos vendados.
- vv)** Dibujo
- ww)** Dictado o copia de frases o palabras.
- xx)** Diferencias entre dibujos
- yy)** Discusión de un tema de interés
- zz)** Ejercicios de cabeza y cuello
- aaa)** Ejercicios de hombros
- bbb)** Ejercicios de manos y muñecas
- ccc)** Ejercicios de piernas
- ddd)** Ejercicios faciales o juegos de muñecas
- eee)** Estimulación auditiva
- fff)** Estimulación cinestésico táctil
- ggg)** Estimulación visual
- hhh)** Farolillos de encaje
- iii)** Flores de papel
- jjj)** Manualidades del folleto manualidades
- kkk)** Marioneta de cartón
- lll)** Mencionar los meses del año directo e inverso.
- mmm)** Mencionar series numéricas concretas
- nnn)** Mencionar series numéricas después de 5 minutos de haberlas aprendido.
- ooo)** Modelaje (plastilina)
- ppp)** Pintura
- qqq)** Realizar calles de papel
- rrr)** Realizar crucigramas
- sss)** Realizar laberintos
- ttt)** Realizar repeticiones en ejercicios de memoria.

- uuu)** Reconocer objetos en láminas, mencionar el nombre y su importancia. De igual forma sobre situaciones y hechos
- vvv)** Recorte de animales dibujados en papel
- www)** Repetir frases con grado de dificultad.
- xxx)** Tarea caja de anillo
- yyy)** Tarea cofre creativo
- zzz)** Tarea portalápices de palillos de helado
- aaaa)** Tarea sombras recortadas
- bbbb)** Tareas de Cálculo Mental
- cccc)** Tareas de cálculo simples, depende del estado del pcte.
- dddd)** Tareas laberintos
- eeee)** Trenes de papel
- ffff)** Trucos de papel

Objetivo: Fortalecer la Atención, Orientación, Memoria, Sensopercepciones.

### 6.6.1. Plan de Acción

ETAPAS	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
I	Socializar los resultados de la investigación al equipo técnico del geriátrico.	Dar a conocer el estado de ánimo presente en los adultos mayores de la institución.	-Proyector de imagen Computadora -Sillas -Mesas -Sala de exposición	-Autor Cristian Herrera.	SEMANA 2 – 6 MAYO
II	Fortalecer las actividades básicas del Adulto Mayor (asearse, caminar con seguridad, etc.) instaurar independencia en las actividades.	Psicoterapia de apoyo.	-Cuaderno -test que evalué las destrezas en el Adulto Mayor -Entrevista	-Autor Cristian Herrera.	9 de Mayo
III	Estimulación del Componente Psicológico -Fortalecer áreas cognitivas y relentecer el deterioro cognitivo	-Presentación gesticulada -Pegada de manos -Cuentos cooperativos -Intercambio de aplausos -Dibujo .Pintura	-Sillas -Mesas -Dibujos para colorear -Cuentos -Pinturas	-Autor Cristian Herrera.	10- 13 de Mayo
IV	Fortalecer las actividades básicas del Adulto Mayor (asearse, caminar con seguridad, etc.) instaurar independencia en las actividades.	Psicoterapia de apoyo.	-Cuaderno -Entrevista - instalaciones del geriátrico.	-Autor Cristian Herrera.	16 de Mayo
V	-Psicoterapia de apoyo -Estimulación del componente psicológico -Fortalecer el área cognitiva y relentecer el deterioro	-Presentarse y definir un sentimiento -Las serpientes encantadas -Contar hasta siete -Qué espero de la terapia	-Música -Reproductor de música	-Autor Cristian Herrera.	17 - 20 de Mayo

	cognitivo.	ocupacional – opiniones. -Descripción de su aspecto físico -Una orquesta sin instrumentos.			
<b>VI</b>	Fortalecer las actividades básicas del Adulto Mayor (asearse, caminar con seguridad, etc.) instaurar independencia en las actividades.	Psicoterapia de apoyo.	-Cuaderno -Entrevista - instalaciones del geriátrico.	-Autor Cristian Herrera.	23 de Mayo
<b>VII</b>	-Psicoterapia de apoyo -Estimulación del componente psicológico -Fortalecer el área cognitiva y relentecer el deterioro cognitivo.	-Expresiones de su vida -Pintura -flores de papel -Laberintos -Ejercicios de cabeza y cuello- Relajación de Bergues y Bouns.	-Hojas de papel bond. -Goma –Tijera -Laminas de laberintos -Reproductor de CD -Música de Relajación	-Autor Cristian Herrera.	24 - 27 de Mayo
<b>VIII</b>	Fortalecer las actividades básicas del Adulto Mayor (asearse, caminar con seguridad, etc.) instaurar independencia en las actividades.	Psicoterapia de apoyo.	Cuaderno -Entrevista - instalaciones del geriátrico.	-Autor Cristian Herrera.	30 de Mayo

IX	-Psicoterapia de apoyo -Estimulación del componente psicológico -Fortalecer el área cognitiva y relentecer el deterioro cognitivo.	--Película -Ja, Ja, Ja -Audio cuentos Bingo Manualidades -Tarea caja de anillos -Trenes de papel	-Dvd -Hojas e mesa -goma tijeras, colores, pinturas -Cartones- material de manualidades. Un bingo	-Autor Cristian Herrera	31 de Mayo
----	--	---	---	-------------------------	------------

Cuadro N.- 40

Elaborado: investigador

**Observación:** de la misma manera como se planifico las actividades de Terapia Ocupacional, se realizará para los siguientes meses alternando las actividades.

## 6.7.- ADMINISTRACIÓN

### 6.7.1- Gastos de Administración

RUBROS DE GASTOS	VALOR TOTAL	TOTAL
Recursos humanos:		
• Psicólogo	\$ 1500	
• Trabajadora Social	\$ 750	\$ 3900
• Psiquiatra	\$ 750	
• Médico	\$ 900	
1. Recursos materiales		
• Equipo de Oficina		
• Material de oficina	\$ 100	\$ 740
• Mesas	\$ 200	
• Sillas	\$ 50	
• Papelería	\$ 30	
• Colores	\$ 50	
• Goma	\$ 50	
• Libros	\$ 10	
• Actividades de Ocio como: juegos de mesa	\$ 50	
• Cuentos	\$ 50	
• Material reciclable	\$ 50	
Música de Relajación y Estimulativa	\$ 50	
2. Recursos Tecnológicos		
Computadora	\$ 500	
Impresora	\$ 200	\$ 1000
Internet	\$ 300	
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 5640</b>

Elaborado por: Cristian Herrera (2011) Cuadro N.- 41

## **6.8. Previsión de la Evaluación**

Para la previsión de la evaluación se aplicará nuevamente los test de Depresión y Ansiedad, para comprobar si los niveles de estos trastornos del Estado de Ánimo han disminuido ante la aplicación de la Terapia Ocupacional y de la misma manera se aplicará el test Mini Mental para comprobar si se ha enlentecido el deterioro cognitivo. Los reactivos psicológicos se ejecutarán después de los tres meses de haberse aplicado el Manual de Terapia Ocupacional.

## C

### MATERIALES DE REFERENCIA

#### 1.- BIBLIOGRAFÍA

- ALIANZA INTERNACIONAL CONTRA EL VIH/SIDA. (2002). 100 Formas de Animar Grupos. Edit. Progression, Reino Unido.
- Balarezo, I. (2005). Psicoterapia 2ª Edición, Reimpresión. PUCE, Quito.
- BARRIOS, D. – SOCARRAS, Y. (2010). Programa de enfermería cuidados críticos y medicina interna practica de adulto mayor. UPC. Valledupar.
- BAYARRE, H. (1999). Prevalencia de discapacidad física en ancianos del municipio playa. 1996 (parte I). Revista Cubana Salud Pública; p (16-29). Cuba.
- BERRUETA, L y otros. (2009). “Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología”. Revista de Internet. Vol. 6; p (215-258). A Coruña.
- CANTO, H. – CASTRO, E. (2004). Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 9; p (257-270). Universidad Veracruzana, Xalapa, México.
- CAYCEDO, C. (1976). Juegos y Diversiones. Octava Edición. Edit. DOSMIL. Bogotá, Colombia.
- DÍAZ, M. y otros. (2002). Trastornos afectivos en el anciano. Revista Mult. Gerontol; p (19-25). Gran Canaria.
- ESPINOSA, A. (2007). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. Revista Salud Mental, Vol. 30; p (69-80). México D. F.

- García, P y otros. (2006). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 4ª Edición, Reimpresión. Edit. Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. Argentina.
- GIRON, E. (1989). Juegos y más Juegos. 16ª Edición, Edit. INDO AMERICAN PRESS SERVICE- EDITORES. Bogotá, Colombia.
- HEREDIA, P y otros (2007). “Origen de la Terapia Ocupacional en España”. Revista de Neurología; p (695-698) Madrid, España.
- HERRERA, L y otros.. (1996). Tutoría de la Investigación Científica. UTA, Ambato.
- KawaguchiKeiji Copyright-2004-
- LIMON, R. (1990). Reflexiones en la Educación sobre la Tercera Edad. Revista de Educación; p (225 - 235). Universidad Complutense. España.
- LÓPEZ, B. (2002). Terapia Ocupacional en Geriatría: 15 casos prácticos. Edit. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A., Madrid, España.
- LÓPEZ, I. (1998) Artículo “Valoremos el duelo en los ancianos”. Difusión Avances de Enfermería. p (1-8). Madrid. España.
- MAIDANA, L. – PARSONS, S. (2009). Láminas Pequeñas para la Creación. FEISA/IAP. California (94305). USA.
- MASSON, S.A. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM - IV). MASSON, S.A. Barcelona, España.
- MORALES, M. – COLMAN, N. (2009). Letras – Enxet - Preescolar. FEISA/IAP. California (94305). USA.

- MORALES, M. – COLMAN, N. (2009). Matemáticas – Preescolar. FEISA/IAP. California (94305). USA.
- MORALES, M. – COLMAN, N. (2009). Motricidad Fina – Preescolar. FEISA/IAP. California (94305). USA.
- MORUNO, P. – TALAVERA, M. (2007). Terapia Ocupacional una Perspectiva Histórica. Edit. Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (A.P.G.T.O), Coruña.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (1992). CIE10. Edit. MEDITOR. Madrid. España.
- PASCUAL, D. El Libro de Juegos de Dario. Grupo Scout E.N.E.A., Scouts de Alicante M.S.C.
- SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES (S.R.E), (2004). Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos.
- STASSEN, K. (2001). Psicología del Desarrollo: Adulthood y vejez. Edit. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A., Madrid, España.
- VILLEGAS, V. (1992). 100 Pasatiempos y Habilidades. Quinta edición. Edit. INDO AMERICAN PRESS SERVICE- EDITORES. Bogotá, Colombia.

## 1.1.- INFOGRAFÍA

<http://www.Terapia-Ocupacional.com>

<http://www.pjcweb.org>

<http://www.marianistas.org>

<http://www.scibd.com>

<http://www.mahanaimcei.com>

<http://www.scout.cl/akela>

<http://www.venus.dti.ne.jp/~kpd>

<http://www.espaciologopedico.com>

[www.psicoeducar.com](http://www.psicoeducar.com)

[www.aiguade.com](http://www.aiguade.com)

<http://www.portalcantabria.es>

<http://www.portalesdeinteres.com>

# ANEXOS

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ANEXO No 1  
HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE XX

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO .....

EDAD SEXO ESTADO CIVIL.....

NUMERO DE HIJOS INSTRUCCIÓN..... PROFESIÓN: Chofer

2. CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN.

\_\_\_\_\_

3.- MOTIVO DE CONSULTA.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ENFERMEDAD ACTUAL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA.

PUBERTAD ADOLESCENCIA JUVENTUD Y MADUREZ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. HISTORIA SOCIAL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. HISTORIA LABORAL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. HISTORIA PSICOSEXUAL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. EXÁMENES DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS

CONCIENCIA

---

---

ATENCIÓN

---

---

SENSOPERCEPCIONES

---

---

MEMORIA

---

---

AFECTIVIDAD

---

---

INTELIGENCIA

---

---

PENSAMIENTO

---

---

VOLUNTAD

---

---

INSTINTOS

---

---

HÁBITOS

---

---

JUICIO Y RAZONAMIENTO

---

---

12. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

---

---

13. EXÁMENES PSICOLÓGICOS.

---

---

13. PSICOANAMNESIS ESPECIAL

Factor Predisponente:.....  
Factor determinante: .....  
Factor desencadenante: .....

16. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

---

---

17. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

---

---

18. RECOMENDACIONES

---

---

.....  
FIRMA DEL ESTUDIANTE

.....  
FIRMA DEL TUTOR

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ANEXO No 2**

**ENTREVISTA - ENCUESTA DIRIGIDA AL ADULTO MAYOR SOBRE LA ACTIVIDAD  
OCUPACIONAL EN EL ASILO DE ANCIANOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE  
AMBATO**

Elija una respuesta y márquela con una X.

- 1.- ¿Recibe Actividad Ocupacional (Actividades recreativas y Lúdicas?)
  - SI
  - NO
  
- 2.- ¿Que tipo de actividades Recreativas y Lúdicas realiza?
  - 1) Pintura
  - 2) Manualidades
  - 3) Dibujo
  - 4) Ninguna
  
- 3.- Con que frecuencia participa en estas Actividades Ocupacionales?
  - a) Una vez a la semana
  - b) Una vez a los 15 días
  - c) 1 vez al mes
  - d) Ninguna
  
- 4.- ¿Como se siente después de participar en una Actividad Ocupacional?
  - a) Alegre
  - b) Descarga energía y se siente activo
  - c) Entabla relaciones personales
  - d) Ninguna
  
- 5.- Si no participa en una Actividad recreativa. ¿Como se siente?
  - a) Aburrido
  - b) Incapaz
  - c) Inquieto
  - d) Ninguna
  
- 6.- ¿Cree que al realizar periódicamente una Actividad Ocupacional, mejorará su Estado de Ánimo?
  - SI
  - NO

APLICADOR: PAUL HERRERA

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ANEXO No 3**

**EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO MENTAL**

Dr./Dra.

Fecha de Visita

Paciente:

Institución:

Día Mes Año

Edad:

Motivo:

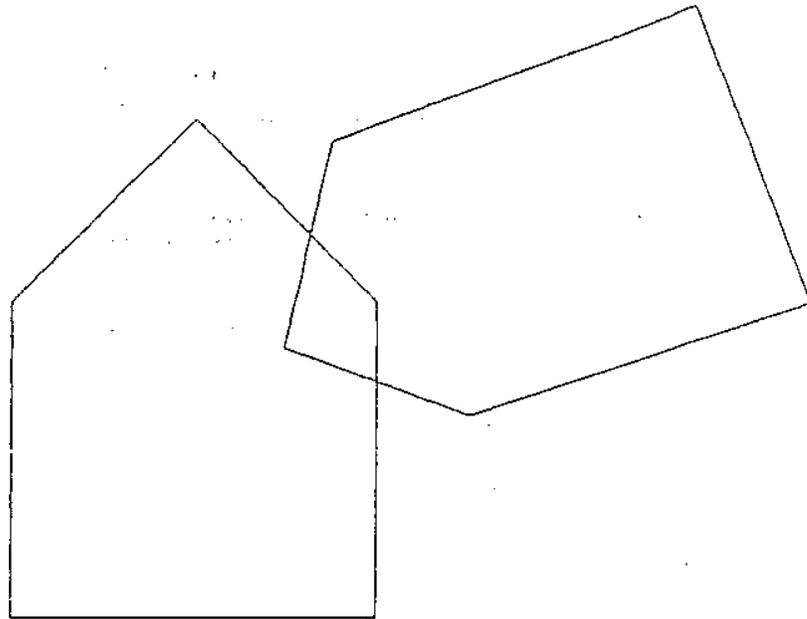
		PUNTAJE	
Cada respuesta correcta equivale 1 punto		Actual	Ideal
Orientación en el tiempo (No induzca las respuestas)	¿Qué fecha es hoy?		1
	¿Qué día de la semana es hoy?		1
	¿En que mes estamos?		1
	¿En que estación del año estamos?		1
	¿En que año estamos?		1
Orientación en el espacio (No induzca las respuestas)	¿Dónde estamos?		1
	¿En que piso estamos?		1
	¿En que ciudad estamos?		1
	¿En que provincia estamos?		1
	¿En que país estamos?		1
Registro Enuncie las 3 palabras clara y lentamente a un ritmo de 1 por segundo. Luego de haberlas dicho, solicite a su paciente que las repita. Haga que el paciente siga repitiendo asta que aprenda las 3. La primera repetición determina el puntaje	Pelota		1
	Bandera		1
	Árbol		1
Atención y Cálculo Hágale deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia adelante (ODNUM). Cada letra en el orden correcto vale 1 punto. O bien pídale al paciente que realice restas consecutivas de 7 unidades. Comenzamos desde 100 (93,86,79,72,65). Deténgase luego de 5 restas. Cada resta correcta vale 1 pto.	Deletrear MUNDO al revés (1 pto. Por cada letra correcta: ODNUM)		5
	O bien, ¿Cuánto es 100 - 7? (Hacer 5 restas: )(93) (86) (79) (72) (65) 1pto por cada respuesta correcta)		5
Evocación (Pregunte al paciente si puede recordar las 3 palabras)	Nombre las 3 palabras que antes repitió		3
<b>Lenguaje:</b>			
Nominación (solo 1 intento vale 1 pto para cada ítem)	¿Qué es esto? (Mostrarle un lápiz)		1
	¿Qué es esto? (Mostrarle un reloj)		1
Repeticón (Solo un intento que vale un punto)	Dígale a su paciente la siguiente frase: "El flan tiene frutillas y frambuesas" y pídale que la repita.		1

Orden de tres comandos (Cada parte correctamente vale 1 punto).	Dele al paciente un papel y dígame: "Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso".		3
Lectura (Otorque 1 punto solo si el paciente cierra los ojos).	Muéstrele la hoja que dice: "Cierre los ojos" y dígame: "Haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta".		1
Escritura (No dicte la oración: esta debe ser espontánea. Debe contener un sujeto y un verbo. No es necesario que la gramática y la puntuación sean correctas).	Dele a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase.		1
Copia (Para ser correcto deben estar presentes todos los ángulos, los lados y las intersecciones. No se toman en cuenta también líneas dispares o no rectas, la distribución de las figuras copiadas debe ser igual al original).	Dele a su paciente la hoja que dice: "Copie esta figura", Y pídale que copie el dibujo		1
Total MMSE:			30

# Cierre los ojos

---

COPIE ESTA FIGURA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ANEXO No 4**

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA RESUMIDA DE YESAVAGE Y COLS.  
(GDS-r)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

	S	N
1. ¿Está básicamente satisfecho de su vida?		
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5. ¿Tiene a menudo buenos ánimos?		
6. ¿Tiene miedo de que algo malo le esté pasando?		
7. ¿Se siente feliz muchas veces?		
8. ¿Se siente a menudo abandonado?		
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas?		
10. ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?		
12. ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
13. ¿Se siente lleno de energía?		
14. ¿Siente que su situación es desesperada?		
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		

PUNTUACIÓN:

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

APLICADOR:

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ANEXO No 5**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_  
 MOTIVO: \_\_\_\_\_

**7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad  
(Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)**

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4