



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO CLAVE DE
INCORPORACIÓN 8852-25

"LA TERAPIA OCUPACIONAL COMO MÉTODO
TERAPÉUTICO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE
ADULTOS MAYORES QUE HABITAN ASILOS PÚBLICOS"

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ HERRERA

DIRECTOR DE TESINA

MTRO. FERNANDO REYES BAÑOS



ACAPULCO, GRO.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Desde aquí debo expresar mi agradecimiento a una gran cantidad de personas e instituciones. Algunos me han permitido ver más allá con sus orientaciones y consejos, otros me han llevado más lejos con sus enseñanzas y con su apoyo, unos pocos me han ayudado con su cariño. A todas les debo mi gratitud por su paciencia y consideración.

Un reconocimiento especial a mi director de tesina, Fernando Reyes Baños. Gracias por compartir conmigo su tiempo y conocimientos. Además, en lo institucional quisiera mostrar mi agradecimiento a la Universidad Americana de Acapulco cuya formación académica me permitió iniciar este camino; y a la Facultad de Psicología con todos los docentes que, con su dedicación y profesionalismo, han hecho todo esto posible.

Muchos otros amigos se han visto directamente implicados en este trabajo resolviendo dudas, localizando bibliografía o revisando, una y otra vez ante mi insistencia, distintas partes de la tesina. A riesgo de olvidar a alguien, no sería justa la omisión de sus nombres en estos agradecimientos. Solo resta decir: muchas gracias.

¿Y cómo terminar sin el reconocimiento a los primeros brazos y a los primeros hombros en los que uno se sube en la vida?. Sin mis padres y hermanos, sin su incondicionalidad, aliento y estímulo nunca habría sido capaz de alcanzar esta meta.

3.1.4. Mito IV: “Los ancianos de la residencia tienen que hacer algo, que vayan a Terapia Ocupacional”	48
3.1.5. Mito V: “En los asilos de ancianos, el terapeuta ocupacional no forma parte del equipo multidisciplinar y como mucho sólo debe tratar la función cognitiva”	49
3.1.6. Mito VI: “La sala de T.O. es la sala multiusos”	50
3.2. Envejecimiento activo	51
3.3. Tiempo libre, ¿Ventaja o desventaja durante la vejez?	55
3.4. Grupos de pertenencia durante la vejez	58
Capítulo IV: Propuesta del Taller “Mejorando la calidad de vida de los adultos mayores”	64
Carta Descriptiva	66
Conclusiones	70
Referencias	72

INTRODUCCIÓN

El ser humano se enfrenta a diversas circunstancias a lo largo de su vida. A través de cada una de sus distintas etapas adquiere experiencias que serán de vital importancia para la etapa subsiguiente hasta llegar a la senectud, donde tendrá la oportunidad de revalorar la vida. De esta manera el hombre se enfrenta a vivir la última etapa de su existencia, la cual se verá marcada por la manera en que se ha adaptado a un sinnúmero de factores físicos, sociales, familiares, psicológicos, económicos y de salud a lo largo de los años. La manera en cómo vivirá será diferente para cada ser humano.

Cada uno de los adultos mayores ha tenido durante toda su vida una variedad de estilos diferentes pero es en esta época de senectud donde el individuo adquirirá el estilo con el que vivirá hasta el final. La manera en como lo haga dependerá de diversos factores, tanto físicos como emocionales, y de una serie de decisiones que tal vez no solo sean propias si no de sus familiares, debido a que el deterioro de la salud hará poco factible en la mayoría de los casos que puedan vivir solos, por lo que algunas personas vivirán con alguno de sus familiares, o incluso irán a vivir a asilos.

Es en esta última etapa de la vida donde reside la importancia de que estas personas tengan una calidad de vida en 3 importantes áreas de la vida: la física o de salud corporal, la psicológica o de salud mental y la emocional o socio-afectiva. Por eso es importante que tanto las personas de la tercera edad como los que cuidan de ellos sean conscientes de la importancia de la calidad de vida en la senectud, lo que incluye no solamente una vivienda digna, una alimentación adecuada o vestimenta en buen estado, si no también un lugar donde realicen actividades en las cuales puedan emplear su tiempo libre y que además los hagan sentirse útiles y activos.

Esta investigación monográfica estará dividida en tres partes para después presentar la propuesta que pretende ser una opción terapéutica para mejorar la calidad de vida en adultos mayores que habitan asilos públicos.

El primer capítulo se enfocará en la senectud donde se planteará la definición de los conceptos generales del tema, además de describir los procesos, fisiológicos, psicológicos y sociales que se dan en esta edad. Así mismo se abordarán los mitos más frecuentes sobre el cuidado en adultos mayores.

En el segundo capítulo se expondrá lo que es la calidad de vida, y los aspectos que abarca, enfocando este concepto hacia esta etapa específica de la vida.

En el tercer capítulo se describirá la terapia ocupacional como un método terapéutico en el mejoramiento del estilo de vida de la senectud,

El bagaje teórico-conceptual que se presentará en los 3 primeros capítulos será de gran utilidad para la realización del cuarto capítulo, en el cual se elaborará una propuesta dirigida a los encargados de cuidar a las personas de la tercera edad, para que ellos puedan promover en su centro de trabajo la terapia ocupacional.

CAPÍTULO I. LA SENECTUD: MITOS Y CONCEPTOS.

En este capítulo se abordará el tema de la senectud, también conocida como tercera edad, donde se explicarán los conceptos básicos así como el desarrollo, físico y emocional y psicológico de esta etapa de la vida.

Esta etapa abarca desde los sesenta y cinco años hasta la muerte de la persona. La duración de esta etapa depende de la salud de la persona y de otros factores pero gracias a los avances de la medicina y a la promoción de la salud las personas hoy en día viven más años¹.

Envejecer es el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos. Estas modificaciones no se presentan de forma repentina y conjunta en una persona por el mero hecho de alcanzar una determinada edad (viejo igual a persona de 65 años), o cambiar de situación laboral o administrativa (viejo igual a jubilado o pensionista). De hecho, aunque el envejecimiento es un proceso universal (afecta

¹ Bravo, E. (2008) *La senectud y sus características sexuales*. Universidad de Tarapaca.

ineludiblemente a todos los seres vivos), presenta una gran variabilidad individual (no todos envejecemos al mismo tiempo, ni de la misma forma). El resultado es que con el paso del tiempo aumenta la probabilidad de fallecimiento. Aunque esta definición describe el proceso biológico, no explica el porqué envejecen las personas. Las teorías del envejecimiento se refieren al proceso de envejecimiento primario, que implica los cambios graduales e inevitables relacionados con la edad que aparecen en todos los miembros de una especie. Este tipo de envejecimiento es normal y sucede a pesar de la salud, el estilo de vida activo y el carecer de enfermedades².

A medida que se envejece tienen lugar una serie de cambios fisiológicos, que implican a la mayoría de los sistemas corporales. Además la persona se enfrenta a cambios psicosociales importantes cómo la jubilación que requiere ajustes económicos y sociales, aumento de la dependencia de otras personas, adaptación a la pérdida de seres queridos y la muerte.

Estas limitaciones funcionales y problemas de salud pueden darse en mayor o menor medida, aunque en esta etapa hay aspectos positivos, como la serenidad de juicio, la madurez y la experiencia. La

² Belsky, J. (2001). Psicología del envejecimiento. España: Editorial Tomson; Editores Spain.

senectud no debe verse como una etapa final sino como una etapa de maduración del ser humano³.

En los últimos veinticinco años ha surgido un nuevo paradigma del envejecimiento que se ha llamado, entre otros: saludable, buen envejecer, competente, con éxito o activo. El concepto ha ido evolucionando, desde la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1990 del envejecimiento saludable (centrado en la salud), hacia un modelo mucho más integrador, como el de envejecimiento activo, mismo concepto proporcionado por la OMS en 2000 definido como “el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen”⁴.

Los conceptos sobre la vejez no necesariamente tienen que ser estrictamente iguales, en realidad varían de acuerdo al ámbito o área de la vida que se esta afectando. Un ejemplo es la vejez cronológica que hace referencia únicamente a la edad del individuo, entonces decimos que a partir de los 65 años se es viejo. Otro ejemplo es la vejez funcional que utiliza viejo como sinónimo de incapaz o limitado, y

³ Rodríguez, F. (1998) *La vejez y la muerte*. s.l.: s.n

⁴ Papalia, E; Wendkos, S. (2000) *Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica*. 6ª ed. Santafé de Bogotá: Mc. Graw – Hill.

hace especial énfasis en el retiro del ámbito laboral. Este último concepto se considera erróneo en la presente investigación pues la vejez no significa incapacidad y hay que debatir la idea de que el viejo es funcionalmente limitado⁵.

En la vejez también se tiene su propia funcionalidad, las barreras sociales que se tienen hacia lo ancianos surgen con frecuencia de los prejuicios y mitos sobre la vejez, más que de reflejos de deficiencias reales⁶.

En una concepción de la vejez más equilibrada, es importante reconocer una etapa vital en la cual el transcurrir del tiempo produce efectos en la persona, la posiciona en una situación distinta a las vividas anteriormente, y parecida a otras etapas vitales como es la niñez, la adolescencia. La vejez constituye una pieza más en el ciclo de la experiencia humana y por lo tanto puede y debe ser positiva y de desarrollo individual y social. Se debe entender la vejez de forma

⁵ Hoffman, L.; Paris, S.; Hall, E. (1996) *Psicología del desarrollo hoy*. España: Mc. Graw- Hill, Vol. 2.

⁶ Antuña, L. "La vejez, una etapa vital del desarrollo humano" (2001), revisado el 30 de Abril de 2012 <http://www.geragogia.net/editoriali/vejez.html>

⁷ Lammoglia, E. (2007). *Ancianidad ¿camino sin retorno?* México. Ed.Grijalbo.

progresiva, en función de factores intrínsecos individuales, actitudes personales y circunstancias que han rodeado la vida⁷.

Generalmente tratamos a los viejos como niños, se escucha sus preocupaciones como pueriles. Sin embargo una buena relación con ellos tendría que permitirles ser más de lo que expresan de sí mismos, porque esto les permitirá vivir la relación que se tiene con ellos como una relación de crecimiento. Otro error que suele cometerse en el trato con los mayores es esa tendencia a identificar a los ancianos por lo que han sido o hecho: "empleado jubilado de...", "vivía en...", "tiene tres hijos", etc. De esta manera no se reconoce en ellos la existencia de una gran riqueza todavía por expresarse, es como si en sus realizaciones pasadas se agotara su riqueza existencial, es decir que en esta última etapa de su vida ya no tuvieran más para aportar a la sociedad ni a sí mismos. Se plantea la necesidad de lograr una definición de la ancianidad desde el punto de vista del principal interesado, del que está envejeciendo. Para mejorar la calidad de vida de los mayores es necesario comprender qué significa ser viejo, cómo se ven los viejos a sí mismos y cómo ven su vida⁸.

⁸ Nuland, B. (1995). *Cómo nos llega la muerte: Reflexiones sobre la etapa final de la vida*. Santafé de Bogotá: Ed.Norma.

La capacidad de establecer una relación de calidad con las personas mayores no es el fruto de técnicas ni métodos, es el reflejo de la calidad de ser de aquel que interviene, al igual que el arte de ser viejo depende del modo como una persona se sitúa frente al devenir personal. La vida se desarrolla expresándose, cada anciano debe encontrar su lugar y su modo de expresión y la ayuda brindada desde la Gerontología debe tener como objetivo favorecer a su devenir personal. Aún en tiempo de vejez, el crecimiento personal es posible, porque la personalidad puede aún encontrar cómo expresarse y es la relación interpersonal la que ofrece la posibilidad de comunicación y está en la sociedad misma la oportunidad de ofrecerles el terreno donde desarrollarse.

En la sociedad existe una actitud negativa ante la actividad sexual durante esta edad, que unida a la disminución de la autoestima y la soledad puede dar lugar al aislamiento social y a la ausencia de posibilidades de interacción y, por tanto, de vivir la sexualidad de una forma satisfactoria. En el transcurso de la senectud, la sexualidad sigue desempeñando un papel importante, aunque se ve dificultado por la disminución en la producción de hormonas sexuales que condiciona modificaciones en los caracteres sexuales y la disminución de las relaciones sociales además de la marginación que sufre este colectivo.

Aunque muchas personas viudas vuelven a establecer relaciones de pareja⁹.

Hay muchos mitos con respecto al envejecimiento que llevan a pensar que la sexualidad ya no es importante, que es cosa del pasado. Incluso a las personas de esta edad se les niega la existencia de la misma convirtiéndola en un tabú. Sin embargo la práctica de la sexualidad es fisiológicamente posible y enriquecedora emocional y afectivamente¹⁰.

Existen muchos factores que influyen en la actividad sexual de las personas ancianas como por ejemplo una razonable buena salud, interés por lo sexual, el estado emocional y afectivo de la pareja. Generalmente la forma de interacción sexual varía, dándose mayor importancia a aspectos como ternura, intimidad corporal, afectividad y comunicación, a la vez que se relativizan los contactos meramente físicos¹¹.

⁹ Marín, J. (2003). Salud Pública: Envejecimiento. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid.

¹⁰ Rice, P. (1997). Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital. 2ª ed. México: Ed. Prentice Hall.

¹¹ Bravo, E. (2008). La senectud y sus características sexuales. Universidad de Tarapaca.

Cuando se pretende realizar un estudio sobre la población de adultos mayores, es importante mantener varias entrevistas que permitan aproximarse a su realidad, conocer su relación con la familia, con la comunidad y sobre todo con su entorno. Es fundamental saber con cuanto capital social y relacional cuenta.

Es importante recordar que en la vejez hay un empobrecimiento de la calidad y cantidad de los miembros de la red social, y que la competencia socio-afectiva y cognitiva está relacionada con estas redes familiares y sociales que la facilitan y potencian. Nuevamente esta en la sociedad y en los miembros de su entorno más cercano, armar las estrategias necesarias que le permitan recuperar esas competencias que le darán una mejor calidad de vida¹².

En general el cerebro humano no se debilita con la edad, si una persona se mantiene intelectualmente activa lo normal es que durante toda su vida disfrute de una excelente salud mental. La inteligencia y la capacidad de aprendizaje tampoco se alteran. Sin embargo, existen varios factores que inhiben el aprendizaje, cómo la ansiedad, algunas enfermedades, el dolor y la falta de memoria, ya que la capacidad para

¹² Zúñiga E, Vega D. (2004). *Envejecimiento de la población de México, reto del siglo XXI*. México: Consejo Nacional de Población.

retener información si que se ve afectada por la edad, siendo la memoria a corto plazo a menudo menos eficaz¹³.

Cuando el deterioro cognitivo interfiere con la vida rutinaria no se considera parte del envejecimiento normal, debe considerarse patológico y requiere una adecuada evaluación, diagnóstico y tratamiento médico, ya que puede tratarse de una demencia¹⁴.

1.1 TEORÍA PSICOSOCIAL DE ERICKSON: INTEGRIDAD VS. DESESPERACIÓN.

Cuando los adultos entran en una etapa final de la vida, dijo Erikson, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que lo que hicieron fue lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego. La integridad del ego sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la

¹³ Bravo, E. (2008) La senectud y sus características sexuales. Universidad de Tarapaca.

¹⁴ Romero .J. (2006). *La fragilidad como punto de corte en geriatría*. Geriatrika.

posibilidad de volver a vivirla. Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. Con la sabiduría el adulto sabe aceptar las limitaciones. El adulto sabio sabe cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar¹⁵.

Para llegar a afrontar la última crisis psico-social de la vida, se tiene que pasar necesariamente por las 7 etapas anteriores propuestas por Erikson que son: **Confianza vs. Desconfianza**: Esta etapa o período abarca desde el nacimiento hasta la edad de uno o dos años. **Autonomía vs. Vergüenza**: La segunda etapa de Erikson ocurre durante la edad temprana infantil y abarca desde el año y medio ó dos años hasta la edad de los tres o cuatro años y medio. **Iniciativa vs. Culpabilidad**: De acuerdo a Erikson esta etapa comienza a los tres años y medio o cuatro y termina cuando el niño entra a la escuela primaria. **Competencia vs. Inferioridad**: Erikson marca esta edad desde que el niño empieza a ir a la escuela hasta que termina su educación intermedia (14 años aproximadamente). **Identidad vs. Confusión**: Durante la quinta etapa del desarrollo psico-social el niño se ha convertido en un adolescente de trece o catorce años y esta etapa continua hasta los

¹⁵ Papalia, E; Wendkos, S. (2000). *Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica*. 6ª ed. Santafé de Bogotá: Mc. Graw – Hill.

veinte años de edad. **Intimidad vs. Soledad:** El éxito del adulto joven es experimentar la intimidad con su pareja, lo cual hace posible que se desarrolle por medio de una relación auténtica y genuina lo cual los conducirá a tener un matrimonio feliz cuando llegue el momento. **Generosidad vs. Introversión:** En la edad adulta, el desarrollo social del individuo se centra en la generosidad de la persona con respecto a su matrimonio y en su rol de padre.

El paso a la tercera edad no pone fin a la productividad de una persona. A medida que la categoría de las personas mayores aumenta, Erikson predice que éstas permanecerán implicadas en los asuntos del mundo durante mucho más tiempo. Contempla la tercera edad como un período más productivo y creativo que en el pasado –en el que un artista de 80 años, escritor o músico, ya no serán algo excepcional.

En su crisis final, **Integridad vs. Desesperación**, "Erikson considera que las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida –la manera como han vivido- con el fin de aceptar su muerte próxima. Luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente".

Las personas que han tenido éxito en esta tarea integradora final construyendo sobre los resultados de las siete crisis previas, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande, pasado, presente y futuro. La 'virtud' que se desarrolla durante esta etapa es la sabiduría, 'un despreocupado e informado interés por la vida de cara a la muerte en sí misma'; incluye aceptar lo vivido, sin arrepentimientos importantes sobre lo que pudo haber sido diferente, implica aceptar a los padres como las personas que hicieron lo mejor que podía y por tanto merecen amor, aunque no fueran perfectos, aceptar la propia muerte como el fin inevitable de la vida¹⁶.

Igualmente propone Erikson que las personas que no consiguen aceptar esto son desesperanzadas, porque ya no ven tiempo para reaccionar y enmendar aquello con lo que no están de acuerdo.

Según Erikson "la edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad". El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. Aun a medida que las funciones del cuerpo se debilitan y

¹⁶ Fadiman, J; Frager, R. (2002). Teorías de la personalidad. México: Ed. Oxford. 2da. Edición.

la energía sexual puede disminuir, las personas pueden disfrutar una experiencia enriquecida, corporal y mentalmente.

1.2. EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA NORMAL DE LA VEJEZ.

Las causas del envejecimiento mental normal se deben a la intervención de cuatro factores:

1. El deterioro progresivo de las propias funciones físicas.
2. El declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales.
3. La transformación del medio familiar y de la vida profesional.
4. Las reacciones del sujeto ante estos diversos factores¹⁷.

Los tres primeros factores ejercen sobre el psiquismo humano efectos directos procedentes del deterioro o de las transformaciones sufridas, y efectos indirectos sobre el comportamiento (así la presbicia comporta la disminución de la agudeza visual de cerca, pero también crea la costumbre de mirar las cosas de lejos). El último factor provoca diversas reacciones tanto en el plano de las actitudes expresadas como en el de la vida interior. Finalmente, estos diferentes factores y sus

¹⁷ Escobar, A. (2001). *Envejecimiento cerebral normal*. Revista Mexicana de Neurociencia; 2(4): pp.197-202

efectos evolucionan progresivamente, pero en formas de etapas sucesivas. Se comprende en estas condiciones la complejidad del problema y la dificultad de exponer claramente la evolución psicológica de las personas senectas.

La vejez es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico. Se hace un resumen de lo que se ha vivido hasta el momento, y se logra felicitarse por la vida que ha conseguido, aún reconociendo ciertos fracasos y errores. Según Fernández Ballesteros en su obra, "*Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez*", es un período en el que se goza de los logros personales, y se contemplan los frutos del trabajo personal útiles para las generaciones venideras.

La vejez constituye la aceptación del ciclo vital único y exclusivo de uno mismo y de las personas que han llegado a ser importantes en este proceso. Supone una nueva aceptación del hecho que uno es responsable de la propia vida.

La ancianidad se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. Por lo general se debe al envejecimiento natural y gradual de las células del cuerpo. A diferencia de lo que muchos creen, la mayoría de las personas de la

tercera edad conservan un grado importante de sus capacidades cognitivas y psíquicas.

A cualquier edad es posible morir. La diferencia estriba en que la mayoría de las pérdidas se acumulan en las últimas décadas de la vida. Es importante lograr hacer un balance y elaborar la proximidad a la muerte. En la tercera edad se torna relevante el pensamiento reflexivo con el que se contempla y revisa el pasado vivido. Aquel que posee integridad se hallará dispuesto a defender la dignidad de su propio estilo de vida contra todo género de amenazas físicas y económicas.

Quien no pueda aceptar su finitud ante la muerte o se sienta frustrado o arrepentido del curso que ha tomado su vida, será invadido por la desesperación que expresa el sentimiento de que el tiempo es breve, demasiado breve para intentar comenzar otra vida y buscar otras vías hacia la integridad.

El duelo es uno de las tareas principales de esta etapa, dado que la mayoría debe enfrentarse con un sinnúmero de pérdidas (amigos, familiares, colegas). Además deben superar el cambio de status laboral y la merma de la salud física y de las habilidades¹⁸.

¹⁸ Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. España: Editorial Tomson; Editores Spain.

Para algunas personas mayores la jubilación es el momento de disfrutar el tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales. Para otros es un momento de estrés, especialmente de prestigio, el retiro supone una pérdida de poder adquisitivo o un descenso en la autoestima.

Si ha sido incapaz de delegar poder y tareas, así como de cuidar y guiar a los más jóvenes; entonces no sería extraño que le resulte difícil transitar esta etapa y llegar a elaborar la proximidad de la muerte. Estas personas se muestran desesperadas y temerosas ante la muerte, y esto se manifiesta, sobretodo en la incapacidad por reconocer el paso del tiempo. No lograron renunciar a su posición de autoridad y a cerrar el ciclo de productividad haciendo un balance positivo de la vida transcurrida.

Es la etapa en la que se adquiere un nuevo rol: el de ser abuelo. El nieto compensa la exogamia del hijo. La partida del hijo y la llegada del nieto son dos caras de la misma moneda. El nuevo rol de abuelo conlleva la idea de perpetuidad. Los abuelos cumplen una función de continuidad y transmisión de tradiciones familiares. A través de los nietos se transmite el pasado, la historia familiar¹⁹.

¹⁹ Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. España: Editorial Tomson; Editores Spain.

Por esta razón, una vejez plena de sentido es aquella en la que predomina una actitud contemplativa y reflexiva, reconciliándose con sus logros y fracasos, y con sus defectos. Se debe lograr la aceptación de uno mismo y aprender a disfrutar de los placeres que esta etapa brinda. Entonces, se puede concluir que es fundamental prepararse activamente para envejecer, para poder enfrentar la muerte sin temor, como algo natural, como parte del ciclo vital.

CAPÍTULO II. CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ.

“Calidad de Vida”, o más específicamente, "calidad de vida con relación a la salud" se refiere al dominio físico, psicológico y social de la salud, como se ve en distintas áreas que son influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de la persona, más específicamente a "la percepción de salud".; Cada uno de estos dominios puede ser medido en 2 dimensiones: comprobación objetiva de las funciones o el estatus de salud, y percepciones subjetivas de la salud²⁰.

Por “calidad de vida”, se entiende el conjunto de bienes económicos necesarios para vivir, y que colectivamente en un país se mide por diferentes parámetros que consideran la producción, el medio ambiente, las condiciones de trabajo, el empleo del tiempo libre, el acceso a la cultura, entre otros; a los que se agregarían la influencia de la familia y la sociedad en la persona. Consecuentemente, el resultado de la calidad de vida es el bienestar²¹.

²⁰ Papalia, E.; Wendkos, S. (2000). *Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica*. 6ª ed. Santafé de Bogotá: Mc. Graw – Hill.

²¹ Oblitas, A. (2007) *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Editorial Thomson. 2da. Ed.

La llamada “tercera edad” comienza alrededor de los 65 años, y en ella se producen cambios físicos debido al desgaste propio de las células; cambios materiales por la pérdida del poder adquisitivo con motivo de una disminución de ingresos; cambios emocionales producidos por la pérdida de seres queridos, etcétera²².

2.1. ACTIVIDAD FÍSICA FAVORABLE EN LA TERCERA EDAD.

La capacidad de adaptación a los cambios fisiológicos en la tercera edad requiere mucho de voluntad y la incorporación de ciertas prácticas cotidianas, que tal vez en etapas anteriores de la vida pasaban a un segundo plano. Una de ellas consiste en redimensionar la importancia de la actividad física para posibilitar una vida saludable desde todo punto de vista, pero sobre todo para ayudar al funcionamiento del organismo en cuestiones tales como los riesgos coronarios y la presión arterial²³.

²² Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. España: Editorial Tomson; Editores Spain.

²³ Oblitas, A. (2007) *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Editorial Thomson. 2da. Ed.

Alimentarse de manera adecuada es el primer paso para resguardar la salud, en ésta y las demás etapas de la vida. Tanto la mala nutrición como la obesidad causan periódicamente la muerte de muchas personas. Hay muy pocos obesos que llegan a cumplir los 80 años de edad.

Mantenerse en movimiento es la segunda norma a tener en cuenta. El excesivo reposo puede debilitar los músculos y hacer más lenta la circulación sanguínea.

No es necesario acudir a un gimnasio para realizar una actividad física adecuada: una caminata diaria de al menos unos 40 minutos ayuda notablemente a controlar la presión arterial y los problemas de corazón. Los paseos en bicicleta, la natación, las actividades en el jardín, etc., son buenas opciones para resguardar la salud cardiovascular.

Con el envejecimiento, nuestras venas y arterias se vuelven más sensibles y más predispuestas a ciertas enfermedades, por lo que las alteraciones vasculares son frecuentes en la vejez.

Las arterias son los vasos que llevan la sangre desde el corazón a las demás partes del cuerpo: son grandes distribuidoras de sangre que irrigan a nuestro organismo. En tanto, las venas son los vasos que

conducen la sangre desde todas las partes del cuerpo hacia el corazón, constituyendo una red colectora.

No sólo los viejos necesitan realizar un programa de entrenamiento, apropiado a su condición corporal y edad. La actividad física es importante durante toda la vida, y sus beneficios son innumerables. Control del peso, flexibilidad articular, tonicidad muscular y combate al estrés. Pero la resistencia cardiovascular es quizá una de las ventajas más importantes del entrenamiento²⁴.

Cuando realizamos ejercicios de cierta intensidad durante más de dos minutos, nuestros músculos requieren un importante aumento del aporte de oxígeno. Estas actividades se denominan aeróbicas, y obligan a quien las realiza con regularidad a aumentar la resistencia cardiovascular. Esta consiste en la capacidad continuada de la sangre para llevar el oxígeno a las células, suponiendo la eficiencia del corazón y los vasos sanguíneos para bombear y transportar el suficiente volumen de sangre a cada parte del cuerpo, en especial a los músculos más activos durante el esfuerzo. Pero supone también la capacidad de

²⁴ Casájus, A; Rodríguez, V. (2011). *Ejercicio físico y salud en poblaciones especiales*. Exernet. Madrid, España: Consejo Superior de Deportes, Subdirección General de Deporte y Salud.

los tejidos, de cada una de sus células, de procesar ese aporte de oxígeno y eliminar los residuos que provoca el proceso.

Llegada cierta edad, y sobre todo si se llevó una vida sedentaria y la alimentación no tuvo el debido balance de lípidos, esta capacidad puede descender, poniendo en peligro de accidentes vasculares.

La proporción de personas que ya pasaron los 60 años crece en el mundo. De modo que la difusión de pautas y la implementación de programas para una vejez saludable atañe a un número cada vez mayor de gente. La ejercitación física es uno de los pilares sobre los que se funda una mejor calidad en el último tramo de la vida, que no tiene por qué estar signado por la enfermedad. Dependiendo del estilo de vida y cuidado personal y social que los ancianos hayan experimentado durante su existencia, un gran porcentaje de ellos podrá disfrutar de buena salud en esta etapa.

Además, la relación entre el ejercicio físico y el fortalecimiento de los huesos es conocida gracias a las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud: la actividad física ayuda a aumentar la densidad ósea (por la activación de la circulación) en todas las etapas de la vida. En la vejez, esto adquiere una importancia fundamental para combatir los riesgos de osteoporosis y fracturas a

consecuencia de ésta. Las mujeres luego de la menopausia pueden apoyar con actividad física la prevención de la osteoporosis²⁵.

Las actividades aeróbicas también ayudan a aumentar el nivel en sangre del colesterol HDL, conocido como colesterol “bueno”, a la vez que provocan la reducción de los depósitos de lípidos. Esto impide el crecimiento del ateroma, placa que se deposita en las arterias impidiendo la buena circulación. Las actividades aeróbicas ayudan a quemar grasas y controlar el peso. Lo verdaderamente importante está en el trabajo cardiovascular. La realización regular de ejercicios aeróbicos ayuda a mantener la presión arterial en niveles normales y a reducir el riesgo de enfermedades del corazón²⁶.

El objetivo es extender la calidad, la productividad y esperanza de vida a edades avanzadas. Además de seguir siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente, participando en actividades recreativas, de voluntariado o remuneradas, culturales, sociales y educativas. El envejecimiento activo se sitúa en la base del reconocimiento de los derechos humanos de las personas

²⁵ Meléndez, A. (2000). *Actividades Físicas para mayores. Las razones para hacer ejercicio*. Madrid. Gymnos.

²⁶ Oblitas, A. (2007) *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Editorial Thomson. 2da. Ed.

mayores de independencia, participación, dignidad, atención y autodesarrollo²⁷.

El envejecimiento es, en sí mismo, un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo (Eigenwelt), en relación con el grupo social (Milwelt) y en relación con el medio ambiente (Umwelt)²⁸.

Así, desde esta última perspectiva, los determinantes del envejecimiento activo serían no solo físicos sino también económicos, sociales, personales (psicológicos y biológicos) y comportamentales (estilos de vida). La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada “Calidad de Vida” y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social.

²⁷ Fadiman, J; Frager, R. (2002). *Teorías de la personalidad*. México: Ed. Oxford. 2da. Edición.

²⁸ Maldonado, G.; Mendiola, V. (2009). *Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores*. Revisado en 28 de Julio de 2012, www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm

2.2. ASPECTOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LA CALIDAD DE VIDA.

El bienestar en la calidad de vida se ha identificado con “desarrollo económico”, “con la riqueza familiar o individual”, “con el nivel de vida”, “con el estado de salud”, “con la longevidad individual”, con la calidad y cantidad de los “servicios médicos”, con los “ingresos o salarios” con “la satisfacción de necesidades y deseos” y con la existencia de la llamada “felicidad”, elementos todos ellos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar, pero que no pueden ser estudiados en forma simplista y descriptiva sino como, el resultado de ese complejo de elementos expuestos²⁹.

A continuación se presenta una clasificación de dominios que representan significativamente los elementos sociales, ambientales, poblacionales que más influyen la calidad de vida y el bienestar de la población y podrían clasificarse en:

²⁹ Martínez, I. (2000). “*La calidad de vida de los mayores del futuro para la mejora de la salud, la educación y las pensiones*”. Rev. Sesenta y Más; No.178: pág.46-51.

1. Aspectos del ambiente físico- biológico, referidos a los elementos del ambiente natural-ecológico en que se vive: el clima, condiciones geográficas, etc.
2. Elementos del ambiente social. Se refieren a todos los elementos que conforman lo que llamamos “sociedades de tipo humano”, que implican estructuras, funciones, actividades, relaciones, familia, convivientes, seguros sociales.
3. Bienes y servicios disponibles en relación a la situación económica, personal y familiar: accesibilidad de bienes y servicios.
4. Seguridad de las personas.
5. Igualdad o desigualdad de oportunidades sociales y grado de participación de la población en los asuntos sociales y comunitarios.
6. La accesibilidad física, geográfica, económica, cultural, educacional, artística, empleo y trabajo, vivienda, etc.

7. La percepción objetiva y subjetiva de la calidad de vida y el bienestar por el individuo y la comunidad.
8. Situación de salud (nivel-estructura) individual y colectiva.
9. Desarrollo de la personalidad, cultura y educación.
10. Trabajo y empleo.
11. Situación económica, personal y familiar.
12. Reposo, deporte, vida cultural y artística, distracciones.
13. Nivel de vida de la comunidad: grupos, familias, individuos.
14. Estilos de vida: hábitos, costumbres, comportamientos, creencias³⁰.

³⁰ González, U. (2002). *El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud*. Revista cubana Salud Pública, vol.28.

Por su puesto los factores antes mencionados son de consideración, pero los investigadores con orientación clínica suelen definir calidad de vida en términos de salud y/o de discapacidad funcional. No hay duda que la variable salud es la de mayor peso en la percepción de bienestar de los ancianos y, que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos.

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez y en la vejez dependiente es el reto más inmediato de las políticas sociales. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés³¹.

Son muchas las consecuencias de todos esos procesos, tanto a nivel macro-social como en las experiencias individuales. ¿Cómo dar sentido a la vida tras una jubilación llegada en muchas ocasiones de

³¹ Verdugo, M.A., Caballo, C., Peláez, A. y Prieto, G. (2000). *Calidad de vida en personas ciegas y con deficiencia visual*. Unpublished manuscript, Universidad de Salamanca/Organización Nacional de Ciegos de España.

forma anticipada e imprevista?, ¿Cómo hacer frente al mantenimiento de un hogar –en ocasiones con hijos/as dependientes- con una pensión?, ¿Cómo enfrentarse a la enfermedad crónica y a la dependencia de uno o más miembros ancianos de la familia?. Estos son sólo algunos temas que necesitan un abordaje teórico y práctico responsable y riguroso. La sociedad se encuentra ante nuevos retos para los que necesita instrumentos nuevos. Se requiere un concepto nuevo de solidaridad entre las generaciones y entre los distintos grupos, en un mundo cada vez más complejo, más inseguro, más indeterminado.

La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer.

La calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean

continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar. Políticas que tengan presente la dimensión de los cuidados de salud junto con los socio-afectivos, beneficiarán en gran medida a este sector de la población³².

Los adultos mayores que no desarrollan alguna enfermedad debilitante están más sanos y vigorosos que sus homólogos de hace varias generaciones. Tienen un aspecto más juvenil, se sienten mejor y actúan con más vitalidad que sus padres y abuelos a su misma edad. Lo cual indica que los factores físicos, al verse combinados con los sociales, generan una sensación de bienestar y autopercepción agradable en el anciano. Añadido a la posibilidad de continuidad laboral en esta etapa de la vida.

Sin duda el envejecimiento de la población plantea varios problemas a los responsables de formular políticas y la prestación de servicios médicos asequibles es uno de los más importantes ya que es

³² Lammoglia, E. (2007). *Ancianidad ¿camino sin retorno?* México. Ed.Grijalbo.

poco probable que una cantidad proporcionalmente menor de trabajadores adultos pueda prestar la asistencia que las personas ancianas necesitan.

2.3. LA JUBILACIÓN Y SUS EFECTOS EN LA CALIDAD DE VIDA.

En la mayoría de las personas, los problemas graves de salud no surgen hasta los 75 años. Los que se encuentran entre los 65 y 74, por ejemplo, casi el 80% no tiene ninguna dificultad con las actividades del cuidado de la casa, incluyendo las tareas pesadas. Desde 1900, las formas de convivencia de las personas mayores han cambiado para mejorar poco a poco. A mediados del siglo XX pocas personas mayores eran propietarios de su casa. Ya fuera una casa, apartamento o una habitación en una pensión, sólo el 29% de los adultos mayores casados y el 11% de los solteros vivían independientemente. En 1986, la situación dio un giro a la inversa. La situación económica de México antes de este año era desalentadora puesto que el país se encontraba sumergido en una crisis económica que se comenzó a gestar desde 1970. Los factores que han amparado esta tendencia después de 1986 son la riqueza, ya que las personas mayores medias tienen mayor poder adquisitivo de bienes que a mediados de siglo, y que pocas

personas mayores se ven forzadas por las circunstancias a vivir con un hijo u otro familiar (generalmente algún hermano/a)³³.

La generación del baby-boom, que ahora están llegando a la jubilación, también será una cohorte acomodada, porque nacieron después de la Gran Depresión, evento histórico que afectó no solo a E.U.A., sino a gran parte del mundo en menor medida, y entraron en el mercado laboral en un momento de expansión económica, cuando relativamente poco dinero ofrecía amplias oportunidades económicas. Aunque tendrán más hijos vivos en quienes poder confiar, la mayoría los necesitarán menos que en generaciones anteriores. Cuando los hijos de la generación del baby-boom se jubilen, es posible que estén en peor situación que sus padres, y debido a su bajo índice de natalidad, probablemente tendrán menos hijos vivos. En la actualidad, el 80% de estas personas señalaron que tienen intenciones de seguir trabajando durante su retiro, aunque sólo de manera parcial (es decir part-time). Tan solo el 16% manifestó sus intenciones de no tener que realizar ningún tipo de trabajo³⁴.

³³ Zúñiga E, Vega D. (2004). *Envejecimiento de la población de México, reto del siglo XXI*. México: Consejo Nacional de Población.

³⁴ Martínez I. (2000) "La calidad de vida de los mayores del futuro para la mejora de la salud, la educación y las pensiones". Rev. Sesenta y Más; No.178: pág.46-51.

Un número cada vez mayor de parejas llegará a la tercera edad en etapas discrepantes de la vida. Al haber una proporción mayor de mujeres de mediana edad que trabajan fuera de casa, más hombres se encontrarán con que aunque ellos ya estén a punto de jubilarse, sus esposas todavía estarán muy absorbidas en sus trabajos³⁵.

Puesto que la mayoría de las mujeres son más jóvenes que sus esposos, esta tendencia aumentará y, cuanto mayor sea la diferencia de edad, más se agudizará el problema³⁶.

En 1870 no había problemas de jubilación. La mayoría de los hombres morían a los 61, cuando todavía estaban trabajando duro, y los que vivían más no podían retirarse porque no había pensiones ni seguridad social³⁷.

³⁵ Rice, F. (1997). *Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital*. 2ª ed. México: Ed. Prentice Hall.

³⁶ Arostegui, I. (1998). *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. Universidad de Deusto.

³⁷ Rice, F. (1997). *Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital*. 2ª ed. México: Ed. Prentice Hall.

El proceso de jubilación por lo general viene acompañado de cambios en la salud psicológica y emocional tales como: ansiedad, depresión, dificultades psicosomáticas entre otros. Por lo que es recomendable la aplicación de programas o actividades que ayuden a mostrar mayor satisfacción ante la jubilación y un correcto empleo de su tiempo libre. La importancia preventiva que tienen estos programas de intervención psicológica para contribuir a disminuir el fuerte costo económico que significa para los sistemas previsionales, especialmente del estado, el porcentaje creciente de adultos mayores sin la orientación y preparación que requiere esta nueva etapa vital³⁸.

³⁸ Skoknic, V. (1998). *“Efectos de la preparación psicológica para la jubilación”*. Psychosocial Intervention. Vol.1: págs. 155-168.

CAPITULO III. TERAPIA OCUPACIONAL.

La Terapia Ocupacional (T.O.) es una disciplina que se especializa en la evaluación, análisis e intervención sobre la capacidad funcional de las personas³⁹.

Analizando etimológicamente sus dos componentes del término Terapia Ocupacional, “Terapia” deriva de “Therapeia” (‘terapéutica, tratamiento, curación’) y “Ocupación”, de “Occupatio, -onis” (‘acción y efecto de ocupar’). Por lo tanto, podríamos definirla como un tratamiento realizado a través de una ocupación. Si acudimos al diccionario de la Real Academia Española y al Diccionario Médico Masson, se encuentra definida como: *Tratamiento empleado en diversas enfermedades somáticas y psíquicas que tiene como finalidad readaptar al paciente, haciéndole realizar acciones y movimientos de la vida diaria*⁴⁰.

El objetivo de la intervención desde la terapia ocupacional es conservar o desarrollar la capacidad funcional del adulto mayor y

³⁹ Kronenberg F. (2007). *Terapia Ocupacional sin Fronteras*. Ed. Médica Panamericana.

⁴⁰ Diccionario médico. (2003). Masson. 4ª edición.

sostenerla en el tiempo, de modo que se incremente la calidad de vida⁴¹.

3.1 MITOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

Existen muchos mitos acerca de la T.O., por lo cual en la presente investigación se dispone a despejar los más importantes con el fin de hacer comprender al lector que este tipo de técnicas tienen fundamento y bases teóricas sustentables y comprobables⁴².

3.1.1. Mito I: “La T.O. no tiene una base teórica”

Este pensamiento es muy frecuente al juzgar a simple vista y sin detenimiento, una sesión o una actividad de T.O. En Geriátrica, la T.O. va a centrar sus objetivos en mantener durante el mayor tiempo posible la independencia funcional de la persona. Existen diferentes caminos para lograr dicho propósito; la T.O. es una disciplina muy rica en cuanto a esquemas teóricos de conceptualización de los problemas.

⁴¹ Chapinal, A. (2002). *Involuciones en el anciano y otras funciones de origen neurológico. Guía práctica para el entrenamiento de la independencia personal en terapia ocupacional.* Masson.

⁴² Corregidor, A.I.; Moralejo, C.; Ávila, M.R. (2004). *Terapia ocupacional en psicogeriatría.* V Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Revisado el 9 de Febrero de 2012 <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/15367/>

Se puede hablar de diferentes modelos de T.O.: Modelo de Desempeño Funcional, Modelo de Habilidades Adaptativas de Mossey, Modelo de Ocupación Humana, Modelo de Discapacidad Cognitiva, etc. y de diferentes marcos de referencia: Neurofisiológico, Rehabilitador, Biomecánico, Cognitivo, Humanista, Psicodinámico, etc. Cada uno de estos modelos y marcos de referencia tiene una forma propia de entender los problemas, planteando diferentes tipos de soluciones para ellos. Las actividades y tratamientos que un terapeuta ocupacional pone en marcha en una residencia no están diseñadas de una manera aleatoria o arbitraria, sino que llevan detrás de sí un proceso que si se desarrolla de manera correcta llevará a conseguir el objetivo que se persiga en cada momento y paciente⁴³.

3.1.2. Mito II: “Las actividades de T.O. no son un tratamiento, son un entretenimiento”.

La base de la T.O. es la actividad propositiva o intencionada. Esto es, una actividad que tenga un objetivo y significado claro. Las actividades propuestas a los ancianos de una residencia están debidamente analizadas y diseñadas en función de la situación de cada

⁴³ Toto, P. (2007) *Exercise and Aging. Debunking the Myths*. Ed. National Institute of Aging.

paciente. La actividad que se usa en Terapia Ocupacional es siempre terapéutica y puede ser diversos tipos: educativa, comunicacional, intelectual, lúdica, etc. La actividad, para definirse como terapéutica, debe llevar implícita una serie de características:

1. Que sea significativa o con propósito para el usuario.
2. Que no sea nociva o produzca más contraindicaciones que beneficios.
3. Que se realice en un marco terapéutico y bajo las indicaciones de un terapeuta ocupacional.
4. Que sea susceptible de vincular con el otro.
5. Que se pueda regular y modificar.
6. Que tenga un aspecto temporal.
7. Que requiera la participación del anciano en cualquier nivel que necesite.
8. Que esté en relación con los intereses del anciano.

El departamento de T.O. debe estar incluido en el de rehabilitación junto con Fisioterapia, pues muchos objetivos más que similares y deben trabajarse de una manera conjunta. Por ello, al

residente y a sus familiares hay que presentarles la terapia ocupacional como un tratamiento de rehabilitación⁴⁴.

3.1.3. Mito III: “El terapeuta ocupacional no es un profesional sanitario”

La Terapia Ocupacional busca fundamentalmente sanar mediante la ocupación. Por tanto, todo lo que esta disciplina propone al paciente es para aumentar su calidad de vida y su salud. Con lo anterior, bastaría para justificar la profesionalidad sanitaria del terapeuta ocupacional. No obstante, también se puede justificar desde el punto de vista de la formación. La carrera de Terapia Ocupacional es una diplomatura universitaria (por lo tanto de aproximadamente 3 años de duración) que en la mayoría de las Universidades que la contempla la encuadran en las Facultades de Medicina o Ciencias de la Salud. La persona que se matricula en la carrera cursa asignaturas como Anatomía, Fisiología, Salud Pública, Promoción para la Salud, Patología

⁴⁴ Durante M.; Noya A. (1998). *Terapia Ocupacional en Geriatría: principios y práctica*. Ed. Masson.

Médico-Quirúrgica, etc. que son asignaturas comunes en todas las carreras de Ciencias de la Salud⁴⁵.

3.1.4. Mito IV: “Los ancianos de la residencia tienen que hacer algo, que vayan a Terapia Ocupacional”

En las residencias es muy común que al terapeuta se le deriven multitud de pacientes con la única razón de que estén “ocupados”. Muchos de estos pacientes, en realidad, no tienen la necesidad de un tratamiento de T.O. y se les incluye en las sesiones interfiriendo en muchos casos en los tratamientos de personas que de verdad necesitan la labor rehabilitadora de la T.O. Este tipo de situaciones, desvirtúa el tratamiento, ya que se le está atribuyendo una función que difiere mucho del verdadero significado de la misma. La T.O. no puede ser la excusa para el traslado de pacientes por que sí, sino una entidad diferenciada de tratamiento, fundamentada en la valoración del paciente por parte del terapeuta ocupacional y en la consecuente intervención de éste.

⁴⁵ Toto, P. (2007) *Exercise and Aging. Debunking the Myths*. Ed. National Institute of Aging.

3.1.5. Mito V: “En los asilos de ancianos, el terapeuta ocupacional no forma parte del equipo multidisciplinar y como mucho sólo debe tratar la función cognitiva”.

A la hora de atender al paciente anciano residente en un asilo público, todo profesional sabe que es un trabajo complejo y que implica la labor de varias disciplinas. Todas ellas van a tener el mismo objetivo: la mejora de la calidad de vida, con todo lo que ello implica. El equipo multidisciplinar que trabaja en un asilo estaría formando por: médico, psicólogo, enfermero/a, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y auxiliar de enfermería. Alrededor de este equipo estarían los llamados profesionales satélites que trabajarían en él en determinadas ocasiones: podólogo, trabajador social, animador sociocultural, etc⁴⁶.

Cada uno de estos profesionales aportaría su visión en el problema del anciano, y el resto de profesionales deberá saber cuál es la labor de los demás por dos grandes motivos: uno, por no realizar tratamientos contrarios y dos, por la posibilidad de trabajar de manera más específica y conjunta algún aspecto.

⁴⁶ Durante M.; Noya A. (1998). *Terapia Ocupacional en Geriatría: principios y práctica*. Ed. Masson.

El terapeuta ocupacional concibe a la persona como un todo indivisible. Este enfoque holístico debe estar siempre en el pensamiento y quehacer diario de todo terapeuta que trabaje con ancianos.

3.1.6. Mito VI: “La sala de T.O. es la sala multiusos”

La sala de T.O. de los asilos de ancianos suelen ser, por lo general, bastante espaciosa. Eso es utilizado como excusa para desarrollar en ella actividades generales de la residencia: fiestas, sala de cine, celebración de Eucaristías... El principal problema que se ocasiona con esto es doble. Primero, la desorientación del residente, pues al final no sabrá para qué se usa cada estancia del medio donde vive. Y segundo, la sala pierde “clima terapéutico”. El anciano perderá motivación en el tratamiento de T.O. debido a que en el lugar donde se le trata es utilizado para otros fines que difieren infinitamente de los que verdaderamente tiene la sala: sanar, rehabilitar, etc⁴⁷.

-La sala debería estar situado en la “zona médica”. Si puede ser al lado del gimnasio o departamento de Fisioterapia. Esto facilitará el trabajo interdisciplinar y el desplazamiento de residentes que reciban ambos tratamientos.

⁴⁷ Selmes J; Selmes A. (2000). *Guía de Actividades Diarias o como ocupar el tiempo libre en un enfermo de Alzheimer*. Ed. Meditor.

En la medida en que se erradiquen los mitos alrededor de la T.O. se podrá ofrecer un servicio de mejor calidad, no solo en pacientes de la tercera edad sino en todo aquel que lo necesite. Es vital recalcar en el presente estudio que la importancia de desmentir estos mitos antes de la aplicación de un programa o taller puede fungir como guía recomendada para las equivocaciones que debemos evitar al momento de una posible aplicación.

3.2. ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

El concepto de envejecimiento activo, se refiere al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Permitir desplegar el potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo el ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras se les proporciona protección, seguridad y cuidado adecuados cuando necesitan asistencia⁴⁸.

El envejecimiento activo pretende mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, favoreciendo sus oportunidades

⁴⁸ Kielhofner, G. (2004). *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. Ed. Médica panamericana. 3ª edición.

de desarrollo para una vida saludable, participativa y segura. El envejecimiento activo implica entender esta etapa de la vida como un ciclo más de crecimiento personal⁴⁹.

Esta concepción es más amplia que la de envejecimiento saludable y tiene relación con la planificación basada en la persona y el desarrollo de la autodeterminación. Como se vive y se significa la vejez. Sí este período de vida se transita desde la pérdida, la nostalgia, la patología o si se vive desde las vivencias, la reminiscencia y las oportunidades presentes.

Desde el envejecimiento activo se busca:

1. Compensar las pérdidas con ganancias, descubrir que hay posibilidades según sus destrezas.
2. Desencadenar la aparición del recuerdo reminiscente en lugar de vivir en la nostalgia.
3. Construir redes sociales de sostén: participación en deberes y derechos sociales y cívicos.

⁴⁹ Salvador-Curalla, L. (2010). *Conclusiones del Congreso Internacional sobre Envejecimiento Activo: El Libro Blanco del Envejecimiento Activo de Andalucía*. Ed. AECES. España.

4. Generar conductas responsables hacia el cuidado de la propia salud.

5. Desencadenar relaciones intergeneracionales que permitan transmitir su vivencia y no estancarse.

Muchas son las disciplinas que intervienen en la difusión del envejecimiento activo. Desde la Terapia Ocupacional se interviene a través de técnicas que posibilitan desarrollar conductas saludables potencializando las funciones presentes en los adultos mayores, como es: la preparación para la jubilación, sostener y garantizar la autodeterminación y brindar herramientas para el autocuidado de la salud, entre numerosos abordajes que se realizan para que los adultos mayores transiten un envejecimiento activo⁵⁰.

Se infiere que según los parámetros de la sociedad actual, desde la juventud hasta el fin de la adultez el eje organizador o estructurante de la vida de un sujeto es el trabajo. Ya en la infancia todo está supeditado al área productiva, en la cual está incluido el trabajo y el

⁵⁰ Madrid, F. (2004). *Fundamentos teóricos para la planificación de actividades ocupacionales en un Centro de Día de Salud Mental*. Ed. Interpsiquis.

estudio. Por lo tanto el eje estructurante más importante hasta la adultez es la productividad⁵¹.

En la juventud, momento en que el individuo se inicia en el ámbito laboral debe perfeccionarse para lograr obtener un lugar en el sistema productivo y la adultez sería la etapa en la cual las habilidades laborales están en su máximo esplendor pero se debe ser exigente más que nunca para no ser desplazado.⁵².

El envejecimiento activo significa dar a las personas mayores la posibilidad de participar plenamente en la sociedad. Fomentar sus oportunidades de empleo. Permitirles contribuir activamente a través del voluntariado y de programas intergeneracionales. Permitirles vivir con independencia adaptando la vivienda, las infraestructuras, la tecnología y el transporte⁵³.

⁵¹ Polonio, B.; Durante, P.; Noya, B. (2001). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Ed. Médica panamericana.

⁵² Sánchez, Á. (2004). "Ocupación y alteraciones neuroconductuales tras daño cerebral adquirido". V Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Revisado en 15 de Junio de 2010 <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3071>

⁵³ Salvador-Curalla, L. (2010). *Conclusiones del Congreso Internacional sobre Envejecimiento Activo: El Libro Blanco del Envejecimiento Activo de Andalucía*. Ed. AECES. España.

3.3. TIEMPO LIBRE ¿VENTAJA O DESVENTAJA DURANTE LA VEJEZ?

Con la información plateada hasta el momento surge el siguiente cuestionamiento: si en la adultez el trabajo se suele considerar el eje estructurante más importante, en la vejez ¿Cuál es el eje estructurante más importante?, se puede decir que en los adultos mayores la vida gira en torno al tiempo libre, a la falta de trabajo, que este tiempo sustituye al tiempo productivo y por lo tanto se convierte en lo que brinda sentido a la existencia.

La jubilación es uno de los factores sociales que puede ocasionar una interrupción en el desempeño ocupacional del adulto mayor, por lo cual desde un enfoque preventivo la Terapia Ocupacional interviene en la exploración de intereses, tanto pasados como en la adquisición de nuevos, para promover la ejecución de actividades que sean significativas y que logren constituir un desempeño ocupacional equilibrado⁵⁴.

⁵⁴ De las Heras de Pablo, C. (2004). *Manual "Rehabilitación y Vida". Modelo de Ocupación humana*. Vol 1. Ed. Reencuentros. Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Por lo tanto en la vejez todo el tiempo que una persona dedicaba al área productiva se verá perdido y se convertirá en tiempo libre. Por lo cual los adultos mayores deben prepararse para el incremento del tiempo libre cuando llegue el momento de su jubilación⁵⁵.

Por lo investigado a través de diversas bibliografías, si el adulto mayor no consigue este pasaje es posible que el sujeto caiga en una desorganización, la cual puede llevar a la pérdida de la continuidad identitaria, ya que todas las estructuras fundantes de la vida pierden sentido, caducan dejando al sujeto en un estado de desorientación, en una etapa en la cual se dificulta volver a empezar.

Pero si los viejos de hoy mientras eran adultos consideraban que el tiempo libre era perjudicial y los adultos de hoy simplemente no poseen dicho tiempo, ¿cómo se puede evitar esta desorganización al entrar en la vejez? Para que este pasaje sea exitoso se recomienda comenzar en la niñez o por lo menos en la adultez con un proceso que tenga por objeto instruir en el uso, organización y disfrute del tiempo libre.

⁵⁵ Gomez, T.; Salvanés, R. (2003). *Terapia Ocupacional en Psiquiatría*. Mira Editores. Zaragoza.

El Dr. Nelson Goldstein afirma: “Absorbidos por la vorágine competitiva y por el ‘tener’ en lugar de ‘ser’, que son premisas fundamentales de esta época socio-cultural, nos lleva a arraigar un concepto falso de tiempo libre teñido de aspectos negativos”. Así mismo plantea: “Hoy en día en nuestra sociedad se acepta el tiempo libre, pero sólo como descanso, como reparador del cansancio que causa el trabajo, para que este rinda más.”. De esta manera se penetra en un círculo vicioso, el tiempo libre sirve para recuperarse del trabajo y para consumir, y se trabaja para generar ingresos y seguir consumiendo⁵⁶.

Para la Terapia Ocupacional, el tiempo libre es una de las tres áreas que conforman nuestro desempeño ocupacional, las otras dos son la productividad y el auto-mantenimiento, ninguna se destaca más que la otra, ya que un equilibrio a nivel cualitativo y cuantitativo entre estas es lo que refleja el grado de la salud.

En la niñez el juego permite crear, aprender, construirse como personas para lograr afrontar las etapas futuras del curso vital. Por

⁵⁶ Correa, J.; De Grado, C. (2007). "*Terapia narrativa grupal de pacientes adultos mayores con trastornos mentales y médicos crónicos*". Premio NELSON GOLDSTEIN: XI Congreso Argentino de Gerontología y Geriátrica organizado por la Sociedad de Gerontología y Geriátrica, "Para envejecer con Salud, Dignidad y Justicia Social". Argentina, Mar del Plata.

medio de la exploración en el juego el niño se adueña de su ambiente, lo domina.

En la adultez y en la vejez el tiempo libre se basa en la recreación; es transformar las estructuras, re-significarlas, permite prepararnos para las etapas siguientes, permite mantener o reconstruir la identidad, afrontar las diversas situaciones desde un lugar en el que se está permitido errar, porque así se continúa aprendiendo.

3.4. GRUPOS DE PERTENENCIA EN LA VEJEZ.

La vejez es un período de cambios significativos para el individuo; se va recortando el entorno; se viven pérdidas de roles, de proyectos, de grupos y de personas significativas, esto está acompañado por el declinar fisiológico normal de las funciones orgánicas. Si a estos cambios se le suma un incremento nostálgico de la interioridad, un declinar en las habilidades para desarrollar lazos vinculares y un accionar de auto segregación se transita por un envejecimiento patológico⁵⁷.

⁵⁷ Fernández, A. (1998). *El campo grupal: notas para una genealogía*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

Si se considera a la vejez como una crisis, al ser un momento decisivo y peligroso en la evolución del curso vital, el grupo viene a restablecer la pérdida de continuidad, del sentimiento de unicidad.

Las personas recurren a un grupo por una determinada temática, por una propuesta interesante, ya sea para mantener una pasión o para cumplir con un anhelo nunca satisfecho. Esto se refiere a que las actividades deben ser significativas para la persona, ya que de otra manera no se lograría un real compromiso y sólo representará la manera de mantenerse ocupado. Se seguirá siendo pasivo creyendo que se es activo. Pero en lo más profundo de este mecanismo de participación parece, con el tiempo, no ser tan importante la actividad o la razón por la que se convoca al grupo, esta es una mera excusa para volver a poseer un estado de completo narcisismo, sentirse apoyado y poder brindar apoyo a pares. Formar parte de un espacio continente y a su vez contenedor⁵⁷.

El grupo que tiene por objeto realizar actividades de tiempo libre, no sólo se reduce a esto, ya que el formar parte de un grupo permite elaborar pérdidas, crear puentes para poder construir o reconstruir

⁵⁷ Fernández, A. (1998). *El campo grupal: notas para una genealogía*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

nuevos lazos y así desplegar capacidades en desuso o desarrollar nuevas y mantener la continuidad identitaria. Por esta razón cualquier espacio de tiempo libre debe habilitar un espacio de reflexión en el cual los participantes puedan poner en palabras las vivencias que se manifiestan en estos espacios y en la vida cotidiana.

Este espacio debe ser manejado con riguroso cuidado, teniendo en cuenta la individualidad y la historia de vida de cada participante. Todas las experiencias vividas se re-significan desde una perspectiva diferente, se piensan y se sienten de otra manera. Es como releer un libro luego de veinte años.

Esto es lo que posibilita un grupo de reflexión: habilita, apoya, sostiene el trabajo de reelaborar vivencias desde otra perspectiva. Esto a la vez permite prepararse mejor, posicionarse mejor, para afrontar vivencias novedosas y específicas que se suceden en la vejez.

El modelo teórico de la ocupación humana posee dos premisas fundamentales, plantea que para mantener y restaurar la salud es esencial participar en actividades (ocupaciones), y que la persona tiene la necesidad de explorar, dominar el medio y ser competente.

El coordinador de un espacio de reflexión posee la función de facilitar esta exploración para que el adulto mayor logre dominar el ambiente y así se generen sentimientos de competencia y se promueva la autonomía, teniendo siempre en cuenta las capacidades de los integrantes. Por medio de las actividades de tiempo libre, que se efectúan en grupo, tales como: grupo de reflexión, taller de memoria, de literatura, cuentos, plástica, entre otros, se fomenta el mantenimiento de la autonomía de los participantes, objetivo primordial de la Terapia Ocupacional Gerontológica. Se apunta a lograr un envejecimiento activo; tal como describe la Organización Panamericana de la Salud (OPS): "...Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y a participar de la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades...", describe "ser activo" como: "...una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo...". Desde el enfoque de la psico-gerontología, por medio del grupo se fomenta sobrellevar las vicisitudes con las que se enfrentan los adultos mayores en esta etapa del curso vital, permite diversificar los apoyos⁵⁸.

⁵⁸ Polonio, B.; Durante, P.; Noya, B. (2001). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Ed. Médica panamericana.

Pertenecer a un grupo de pares habilita a compartir pérdidas y a pensar colectivamente las alternativas o soluciones a conflictos cotidianos. En los espacios terapéuticos surge “la memoria” como un tema para debatir y reflexionar. El rol del coordinador es explicar el funcionamiento normal de la memoria, para luego escuchar las experiencias cotidianas de los participantes y reflexionar sobre las mismas.

De esta manera el grupo posibilita poner las angustias en palabras, permitiendo no cargar con todo solo, compartir aquello que se hace muy difícil de sobrellevar. A la vez cuando cualquier dispositivo, actúa como un disparador para amplificar el contexto en que se moviliza el individuo, para conectarse y relacionarse con los otros, con otros dispositivos y con acciones saludables, se pasa a utilizar el tiempo libre como un espacio de prevención del envejecimiento patológico.

Para lograr que un dispositivo de tiempo libre se establezca como un espacio de prevención se requiere de un grupo interdisciplinario de profesionales entrenados para identificar los comportamientos que desembocan en un envejecimiento patológico⁵⁹.

⁵⁹ Polonio, B.; Durante, P.; Noya, B. (2001). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Ed. Médica panamericana.

Se requiere de una comunicación efectiva y de un abordaje holístico que permita visualizar la totalidad del ser humano, no sólo aspectos aislados. Asimismo se debe contar con las habilidades para generar cambios en estas conductas o acciones que perjudican la salud de los adultos mayores.

El coordinador debe posicionarse desde un lugar de orientador, de facilitador, pero no desde el saber, para fomentar la adopción de recursos necesarios para transitar esta etapa del curso vital. Ahora bien, algunas teorías, como las ya antes mencionadas en la continuidad de toda la presente investigación, pueden ayudarnos a dar otro enfoque sobre las necesidades en esta etapa de la vida.

CAPITULO IV. PROPUESTA DEL TALLER “MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES”.

JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la investigación documental el lector se puede percatar que, la última etapa de la vida genera muchos cambios en los individuos y que en la mayoría de los casos, estos cambios afectan de manera no tan positiva la salud mental de los adultos mayores. El sentir que ya se está a punto de terminar en la vida o de descubrir que su cuerpo ya no puede realizar las mismas actividades que se hacían antes, incluso que ya no se pueden hacer cargo de todas sus actividades por ellos mismos, hace necesaria la búsqueda de una solución médica.

Por esta razón nace la necesidad de que los individuos en la etapa de la senectud puedan desarrollar actividades que les permitan sentirse útiles de alguna forma, sobre todo los adultos mayores que no viven con sus familias, es decir aquellos que habitan asilos, ya que no solamente tienen que enfrentarse a estos cambios, sino además se tienen que enfrentar al hecho de estar solos.

Sin embargo, como se ha mencionado muchas veces, los adultos mayores dependen de otras personas para continuar con algunas labores, por lo tanto este taller estará dirigido tanto a los ancianos como a las personas que los cuidan en los asilos, ya que ellos serán parte fundamental en darles la calidad de vida que necesitan, capacitándolos para realizar actividades que los puedan hacer sentirse útiles, por eso preparar teóricamente y vivencialmente al personal que labora en estos asilos será de vital importancia.

El taller será teórico-vivencial, en donde se le dará información importante acerca de los principales cambios en los ancianos, y además también se le darán los elementos principales de lo que consiste en sí la calidad de vida y como los adultos mayores pueden obtenerla.

CARTA DESCRIPTIVA.

DIRIGIDO A: Adultos mayores que habiten asilos o casas de retiro, enfermeros, practicantes y prestadores de servicio social que laboran en asilos de ancianos.

No. DE PARTICIPANTES: Máximo 20 personas. Mínimo 8 personas.

ESCENARIO: Lugar amplio e iluminado que cuente con sillas y mesas.

OBJETIVO GENERAL: Proporcionar información y herramientas a los adultos mayores sobre la etapa de vida que están viviendo, así como sensibilizar al personal que labora en asilos de ancianos sobre la condición en la que se encuentran los inquilinos. Confrontar los mitos y las realidades a cerca de la vejez y la calidad de vida.

NÚMERO DE SESIONES: 3 sesiones. La primer sesión de 4 horas, la segunda de 3:10 horas y la tercera de 3 horas.

PROFESIONISTAS: 1 psicólogo clínico, 2 psicólogos como apoyo.

MATERIAL: Computadora, diapositivas, VPL, hojas blancas y de colores, plumones, seguros, lápices, grabadora, cartulinas.

OBJETIVOS GENERALES (primera sesión): Explicar conceptos básicos como la senectud, calidad de vida y T.O. Confrontar los mitos y las realidades a cerca de la vejez y la calidad de vida.

SESION	OBJETIVO ESPECÍFICO	DINÁMICA	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	MATERIALES
1	Integrar al grupo y crear un ambiente cómodo para el taller	Presentación y mesa redonda	El psicólogo encargado presentará a los participantes el taller explicando la relevancia profesional, social y económica que el taller conlleva. Además, pedirá que cada uno de ellos comente cuales son las aspiraciones personales y/o profesionales que pretenden alcanzar con su participación en el mismo.	30 min	Computadora Diapositivas VPL
		Fiesta de presentación con variaciones	Se les dan máximo 10 minutos para dibujar una caricatura de sí mismos. Incluir una grafica de pastel, donde ubicaran cada uno de los aspectos de su vida y el espacio que ocupan. Ej. Familia, trabajo, diversión y demás. Por ultimo cada uno pasará a presentar su gráfica.	40 min	Hojas, plumones, gafetes con nombres, seguritos.
	Identificar las ideas correctas y erróneas que los participantes tienen acerca de la senectud y la calidad de vida.	Mesa Redonda "Mitos sobre la senectud"	A través de una mesa redonda, los participantes expondrán las creencias que tienen acerca de la senectud.	40 min	Hojas blancas, plumas.
	RECESO			20 MIN	
	Impartir información a los participantes acerca de lo que es la senectud	Exposición Senectud	El psicólogo a cargo y los facilitadores expondrán lo que es la senectud, así como sus principales aspectos.	40 min	Computadora, diapositivas, VPL
	Sensibilizar a los participantes sobre los sentimientos de los adultos mayores	"Poniéndome en los zapatos del otro"	Se dividirán los grupos en dos y se les dará a realizar una actividad: Formar un rompecabezas. El primer grupo lo hará de la forma habitual, en el segundo algunos serán vendados, otros se pondrán algodón para no escuchar bien, y otros no se podrán mover de su silla. Después el segundo grupo se intercambiará y harán otra actividad. Por último se harán actividades en donde en ambos grupos existan personas con limitaciones y personas que puedan ocupar todos sus sentidos.	50 min	Vendas, algodón, rompecabezas, plumones, hojas.
		Retroalimentación	El psicólogo sensibilizará a los participantes a	20 min	

			través de sus vivencias. Hacer énfasis en lo difícil que es realizar actividades cuando hacen falta los sentidos.		
--	--	--	---	--	--

OBJETIVO GENERAL (segunda sesión): Sensibilizar a los participantes a cerca de la importancia de la calidad de vida durante la tercera edad.

SESION	OBJETIVO ESPECIFICO	DINAMICA	DESCRIPCION	TIEMPO	MATERIALES
2	Definir que es la calidad de vida.	Mesa Redonda	Los participantes darán sus ideas acerca de la calidad de vida y sobre cómo podrían aplicar el concepto en sus lugares de trabajo.	20 min	
		Exposición: "Calidad de vida"	Los psicólogos expondrán que es calidad de vida haciendo hincapié en los conceptos de autosuficiencia y en cada uno de las características que conlleva la calidad de vida.	20 min	Computadora Diapositivas VPL
	Capacitar a los participantes a enseñar a dar calidad de vida a los ancianos.	Dramatización	Se harán cuatro equipos donde cada uno de ellos tomará un aspecto importante de la calidad de vida, a través de una representación de teatro donde algunos participantes tomen el papel de los adultos mayores y otros sean los facilitadores. Intentaran realizar actividades que hagan que los participantes que han sido vendados con los ojos o a los que se les ha prohibido caminar se puedan sentir útiles realizando alguna actividad específica.	40 min	Vendas, algodón, silla de ruedas, bastones, listones.
		Retroalimentación	El psicólogo retroalimentara al grupo para que el participante se dé cuenta que puede ayudar a los demás a tener una calidad de vida mejor.	30 min	
	RECESO			20 MIN	
	Concientizar la importancia de la autoestima en la calidad de vida.	Ejercicio de imaginación "Hablando con mi niño interior"	A través de un ejercicio de relajación los participantes entran en contacto con su niño interior, al cual le dice todas las virtudes que tienen además de brindarles protección cariño, amor y comprensión.	30 min	Grabadora, Música de relajación
		Retroalimentación	Además de la sensibilidad que este ejercicio les dará y la retroalimentación, el psicólogo hará	40 min	.

			hincapié en que reacciones se tuvieron al sentirse protegido, y dándose amor y comprensión y se cuestionará acerca de cómo cree que pueda afectar a los adultos mayores el sentirse protegido y comprendido.		
--	--	--	--	--	--

OBJETIVO GENERAL (tercera sesión): Capacitar a los participantes en distintas actividades ocupacionales, al tiempo que aprenden los beneficios que estas tienen especialmente en los adultos mayores.

SESION	OBJETIVO ESPECIFICO	DINAMICA	DESCRIPCION	TIEMPO	MATERIALES	
3	Adiestrar a los participantes en la realización de un oficio remunerado.	Exposición: "Economía en el oficio"	Se les explicará a los participantes de manera breve los conceptos básicos económicos de la elaboración de un producto. Costos de material, precio de mano de obra y ganancias.	30 min	Computadora Diapositivas VPL	
		Laborterapia	El terapeuta ocupacional les pedirá a los participantes que elaboren con el material indicado, productos domésticos como una escoba. Además les dará un curso sencillo para remendar calzado.	40 min	20 botellas de plástico (2 lt.) 20 palos de escoba. Tijeras. Perforadora. Alambres de 30cm. Martillos. Clavos.	
	Capacitar a los participantes a realizar/dirigir actividades recreativas y estimulantes para la salud.	Exposición: "Estimula tus sentidos, mejora tu calidad de vida"	Se les explicará a los participantes mediante una presentación como algunas actividades artístico-recreativas pueden ayudar a mejorar la calidad de vida.	20 min	Computadora Diapositivas VPL	
		Plastinoterapia y Dáctilo-pintura	El terapeuta ocupacional pedirá a los participantes que realicen objetos de utilidad doméstica como vasos y floreros utilizando la arcilla. Más adelante les pedirá que lo decoren utilizando únicamente la pintura y sus manos.	40 min	Arcilla, plastilina. Música clásica, mesas, sillas. Cartulinas, pintura.	
	RECESO				20 MIN	
		Sensibilizar acerca de la importancia de la T.O. en la calidad de vida.	Retroalimentación y cierre del taller.	El psicólogo pedirá a los participantes compartir su experiencia durante todo el taller así como las metas personales alcanzadas durante el taller.	30 min	Grabadora, Música de relajación

CONCLUSIONES

El taller tiene como finalidad sensibilizar y proporcionar conocimientos para los adultos mayores inquilinos de asilos o casas de retiro. Así también se pretende que los trabajadores de asilos puedan dar una mejor calidad de vida a los adultos mayores que se encuentran bajo su cuidado. Los alcances inmediatos del taller son la aplicación de un modelo teórico-práctico en todos los asilos públicos del puerto de Acapulco.

La sensibilización es parte fundamental en el desarrollo de la calidad de vida, sobre todo en las personas que conviven con los adultos mayores, de esta manera el que ellos puedan sentir o ponerse en el papel de los ancianos les permitirá desarrollar un trato más humano y comprensivo, en particular porque estas personas cubren directamente las necesidades afectivas de los que no están con ellos.

Sin embargo hay aspectos de la calidad de vida en los cuales el taller no se centra, ya que es primordial, la sensibilización y la adquisición general de conocimientos, por eso las personas que asistan al taller pueden encontrar limitaciones a la hora de poner en práctica ciertos conocimientos o actividades allí aprendidas. Es importante buscar la manera de generar consciencia en los familiares,

sensibilizarlos para que sean parte de este proceso. Las redes familiares de apoyo son de vital importancia en la obtención de autoestima y de las ganas de seguir viviendo en los adultos mayores.

Es importante adaptar los conocimientos adquiridos durante el taller a la realidad inmediata de los ancianos. Algunas actividades aprendidas durante el taller pueden no ser realizables para todos los adultos mayores. Ejemplo, la elaboración de algunas manualidades en pacientes con Parkinson. Además de la capacitación, es importante que los trabajadores sean instruidos en diversas actividades, ya sea manuales o de otro tipo, la continua preparación asistiendo a talleres y conferencias relacionadas con la calidad de vida en adultos mayores dará mejor resultado en el desarrollo de su trabajo. Este taller no tiene la finalidad de capacitar en todas las actividades realizables en la terapia ocupacional, por lo cual un buen complemento de investigaciones futuras sobre, por ejemplo papiroflexia, diseño de artesanías, etc., puede terminar de diseñar un programa estructural que englobe más aspectos de la terapia ocupacional.

Por último cabe resaltar que la concientización en los asilos no es el límite, es necesaria a nivel general. En un futuro sería pertinente implementar programas sociales encaminados a esta sensibilización.

REFERENCIAS:

Antuña, L. (2001). *“La vejez, una etapa vital del desarrollo humano”*, revisado el 30 de Abril de 2012 <http://www.geragogia.net/editoriali/vejez.html>

Arostegui, I. (1998). *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. Universidad de Deusto.

Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. España: Editorial Tomson; Editores Spain.

Bravo E. (2008). *La senectud y sus características sexuales*. Universidad de Tarapaca.

Casájus, A; Rodríguez, V. (2011) *Ejercicio físico y salud en poblaciones especiales*. Exernet. Madrid, España: Consejo Superior de Deportes, Subdirección General de Deporte y Salud.

Chapinal, A. (2002) *Involuciones en el anciano y otras funciones de origen neurológico. Guía práctica para el entrenamiento de la independencia personal en terapia ocupacional*. Masson.

Correa, J.; De Grado, C. (2007). *“Terapia narrativa grupal de pacientes adultos mayores con trastornos mentales y médicos*

crónicos". Premio NELSON GOLDSTEIN: XI Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria organizado por la Sociedad de Gerontología y Geriatria, "Para envejecer con Salud, Dignidad y Justicia Social". Argentina, Mar del Plata.

Corregidor, A.I.; Moralejo, C.; Ávila, M.R. (2004) *"Terapia ocupacional en psicogeriatría"*. V Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Revisado el 9 de Febrero de 2012 <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/15367/>

De las Heras de Pablo, C. (2004). *Manual "Rehabilitación y Vida". Modelo de Ocupación humana*. Vol 1. Ed. Reencuentros. Centro de Rehabilitación Psicosocial.

"Diccionario médico". (2003) Masson. 4ª edición.

Durante, M.; Noya, A. (1998). *Terapia Ocupacional en Geriatria: principios y práctica*. Ed. Masson.

Escobar, A. (2001). *Envejecimiento cerebral normal*. Revista Mexicana de Neurociencia; 2(4): pp.197-202

Fadiman, J; Frager, R. (2002). *Teorías de la personalidad*. México: Ed. Oxford. 2da. Edición.

Fernández, A. (1998). *El campo grupal: notas para una genealogía*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

Gomez T.; Salvanés, R. (2003) *Terapia Ocupacional en Psiquiatría*. Mira Editores. Zaragoza.

González, U. (2002). *El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud*. Revista cubana Salud Pública, Vol.28.

Hoffman, L.; Paris, S.; Hall, E. (1996) *Psicología del desarrollo hoy*. España: Mc. Graw- Hill, Vol. 2.

Kielhofner, G. (2004) *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. Ed. Médica panamericana. 3ª edición.

Kronenberg, F. (2007). *Terapia Ocupacional sin Fronteras*. Ed. Médica Panamericana.

Lammoglia, E. (2007). *Ancianidad ¿camino sin retorno?* México. Ed.Grijalbo.

Madrid, F. (2004) *Fundamentos teóricos para la planificación de actividades ocupacionales en un Centro de Día de Salud Mental*. Ed. Interpsiquis.

Maldonado, G.; Mendiola, V. (2009) *Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores*. Revisado en 28 de Julio de 2012, www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm

Marín, J. (2003). *Salud Pública: Envejecimiento*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid.

Martínez I. (2000) “*La calidad de vida de los mayores del futuro para la mejora de la salud, la educación y las pensiones*”. Rev. Sesenta y Más; No.178: pág.46-51.

Meléndez, A. (2000). *Actividades Físicas para mayores. Las razones para hacer ejercicio*. Madrid. Gymnos.

Nuland, B. (1995). *Cómo nos llega la muerte: Reflexiones sobre la etapa final de la vida*. Santafé de Bogotá: Ed.Norma.

Oblitas, A. (2007) *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Editorial Thomson. 2da. Edición.

Papalia, E; Wendkos, S. (2000). *Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica*. 6ª ed. Santafé de Bogotá: Mc. Graw – Hill.

Polonio, B.; Durante, P.; Noya, B. (2001) *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Ed. Médica panamericana.

Rice, P. (1997) *Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital*. 2ª Ed. México: Ed. Prentice Hall.

Rodríguez, F. (1998). *La vejez y la muerte*. s.l.: s.n.

Romero .J. (2006). *La fragilidad como punto de corte en geriatría*. Geriatrika.

Salvador-Curalla, L. (2010). *Conclusiones del Congreso Internacional sobre Envejecimiento Activo: El Libro Blanco del Envejecimiento Activo de Andalucía*.Ed. AECES. España.

Sánchez, A. (2004) “*Ocupación y alteraciones neuroconductuales tras daño cerebral adquirido*”. V Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Revisado en 15 de Junio de 2010 <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3071>

Selmes, J; Selmes, A. (2000). *Guía de Actividades Diarias o como ocupar el tiempo libre en un enfermo de Alzheimer*. Ed. Meditor.

Skoknic, V. (1998) “*Efectos de la preparación psicológica para la jubilación*”. Psychosocial Intervention. Vol.1: págs. 155-168.

Toto, P. (2007) *Exercise and Aging. Debunking the Myths*. Ed. National Institute of Aging.

Verdugo, M.A., Caballo, C., Peláez, A. y Prieto, G. (2000). Calidad de vida en personas ciegas y con deficiencia visual. Unpublished manuscript, Universidad de Salamanca/Organización Nacional de Ciegos de España.

Zúñiga E, Vega D. (2004). Envejecimiento de la población de México, reto del siglo XXI. México: Consejo Nacional de Población.