

**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ**

**FACULTAD DE ESPECIALIDADES EN ÁREAS DE LA SALUD**

**TESIS DE GRADO**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
TERAPIA OCUPACIONAL**

**TEMA:**

**“INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN ACTIVIDADES DE  
PSICOMOTRICIDAD EN LOS SÍNDROMES INVALIDANTES DE LOS  
ADULTOS MAYORES INTERNOS EN LA FUNDACIÓN PARA LA TERCERA  
EDAD DE SAN PABLO DE MANTA (FUNTEMAN) DURANTE LOS MESES DE  
JULIO A DICIEMBRE DEL 2012”.**

**AUTOR: MARÍA FERNANDA CHÁVEZ BAZURTO**

**DIRECTOR DE TESIS: LCDO. LUIS LOOR MERA**

**MANTA – MANABI- ECUADOR**

**2012-2013**

## **CERTIFICACIÓN**

Yo, Lcdo. Luis Loo Mera certifico como director de tesis para constancia y validez, que el presente trabajo es realizado bajo mi dirección, siguiendo una sistematización investigativa realizado con el esfuerzo y dedicación de: María Fernanda Chávez Bazarro.

-----  
Lcdo. Luis Loo Mera

**DIRECTOR DE TESIS**

## **DECLARATORIA**

Como egresado de la Facultad de Especialidades en Áreas de la Salud, carrera Terapia Ocupacional de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí declaro exclusividad de la auditoría del presente trabajo investigativo.

El autor

.....  
Egda. María Fernanda Chávez Bazurto

## **AGRADECIMIENTO**

**“Lo que cuesta poco se estima menos, solo el que logra algo con esfuerzo conoce el valor de las cosas”**. Quiero comenzar mi agradecimiento con esta célebre frase y dejando constancia de ello a las siguientes personas e institución:

A mi director de tesis Lcdo. Luis Loor Mera.

Centro de rehabilitación de terapia ocupacional FUNTEMAN de la ciudad de Manta, institución que presta ayuda a la tercera edad y gracias por permitir realizar mi internado que de una u otra forma lograron que mi meta se cristalizara.

## **DEDICATORIA**

Esta tesis está dedicada con el amor y el afecto más profundo a mis padres, hermanas y a mi abuelita. Su amor, vulnerabilidad, sabiduría y fortaleza me inspiraron para ser lo mejor que puedo ser y para compartir lo que aprendimos juntos.

Y de manera especial a la Ing. Leslie Sánchez Cañarte la cual agradezco toda su comprensión, amor y apoyo incondicional que me ha dado en toda la realización de la tesis.

**TEMA:**

**“INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN ACTIVIDADES DE PSICOMOTRICIDAD EN LOS SÍNDROMES INVALIDANTES DE LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS EN LA FUNDACIÓN PARA LA TERCERA EDAD DE SAN PABLO DE MANTA (FUNTEMAN) DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012”.**

**TESIS DE GRADO:**

Sometida a consideración a los Honorables Miembros que conforman el Tribunal de Tesis de la Facultad de Especialidades en Áreas de la Salud de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, por parte de su autora: Chávez Bazurto María Fernanda.  
Como requisito previo a la obtención del título de:

**LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL**

**Tribunal de Calificación**

**Nota**

Lcda. Grace Abril Meneses. Mg.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lcda. Mercy Sancan.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## INDICE GENERAL

<b>Resumen</b> .....	1
<b>Introducción</b> .....	2-3
<b>Problemática del tema</b> .....	3-5
<b>Justificación</b> .....	5-6
<b>Objetivo principal</b> .....	6
<b>Hipótesis</b> .....	6
<b>Definición de variables</b> .....	6-7
<b>Diseño metodológico</b> .....	8-9
<b>Tareas científicas</b> .....	9
<b>Resultados científicos</b> .....	10

### CAPITULO I

1. Psicomotricidad del adulto mayor.....	11
1.1. ¿Por qué la psicomotricidad en la tercera edad?.....	11-12
1.2. Programa de psicomotricidad del adulto mayor.....	12-13
1.3. Terapia ocupacional en el adulto mayor.....	13-14
1.3.1. Lo que implica para el terapeuta ocupacional trabajar en gerontología...	14-15
1.3.2. Intervención basada en el ambiente.....	15
1.4. Procesos patológicos de terapia ocupacional.....	15-17
1.5. Estimulación sensorial.....	17-18
1.5.1. Estimulación cognitiva.....	18-20
1.6. Aumento de inestabilidad y balanceo al andar.....	20
1.6.1. Actividades de promoción y prevención.....	20
1.7. Elementos para la implementación de los sistemas de juegos.....	21
1.7.1. Formas de instrumentación.....	22
1.7.2. Juegos dinámicos.....	22-24
1.8. Ejercicios de psicomotricidad en sedestación.....	25-26



1.8.1. Ejercicios de psicomotricidad en bipedestación.....	27
--	----

## **CAPITULO II**

Propuesta creación de un taller de psicomotricidad y recreativa en los síndromes invalidantes más frecuentes para los adultos mayores internos en el área de terapia ocupacional de FUNTEMAN de la ciudad de Manta.....	28-30
---	-------

## **CAPITULO III**

Evaluación de resultados.....	31-72
Síntesis de trabajo de campo.....	73-75
Comprobación de hipótesis, objetivos y variables.....	76-78
<b>Conclusiones</b> .....	79
<b>Recomendaciones</b> .....	80
<b>Bibliografía</b> .....	81
<b>Anexos</b> .....	82-94

## **RESUMEN**

Este trabajo investigativo se realizó con el deseo de contribuir con la Fundación para la tercera edad de San Pablo de Manta (Funteman) en especial del departamento de Terapia Ocupacional, creando un programa de psicomotricidad para los internos con síndromes invalidantes.

Ayudó a demostrar lo importante que es para los adultos mayores la terapia ocupacional en cualquier tipo de tratamiento, como en este caso la geriatría; sirviendo como fuente de información para ampliar los conocimientos del área en que nos desenvolvemos.

El programa de psicomotricidad se llevó a cabo durante seis meses para fines evolutivos de los adultos mayores. El taller brinda la recreación donde se incluyeron juegos dirigidos; juegos de salón domino, naipe, bingos.

También ejercicios de psicomotricidad que ayuden a la motricidad gruesa. Y actividades manuales de pintura, lijar .etc.

Las condiciones de vida de la mayoría de los adultos mayores carecen de salud y vitalidad, causadas también al proceso normal de envejecimiento. Existe en ellos una mayor frecuencia de enfermedades invalidantes prolongados y en su mayoría irreversibles, una disminución natural de la actividad física y mental, escasa motivación y sentimiento acentuados de irritabilidad, soledad. La finalidad del tratamiento dependerá del estado físico del adulto mayor y por lo tanto se debe esperar; que presente una limitación específica de una forma más o menos permanente, y que interfiera en su actividad y relaciones normales. En general las actividades de las puramente recreativas serán aquellos que obliguen a la utilización de su miembro afectado para contribuir a anular la patología invalidante tratando de estimular la utilización miembro sano.

## **INTRODUCCIÓN**

La Terapia Ocupacional se centraliza en el desempeño, ejecución hábil de tareas de movilidad, cuidados personales, ocio y trabajo. Los adultos mayores se sienten motivados a aprender lo que perciben; lo que les ayuda a realizar tareas o manejar mejor sus problemas de manera que adquieran conocimientos, valores y destrezas en forma más afectiva.

El adulto mayor en la actualidad necesita la atención especializada de la Terapia Ocupacional para contribuir en su calidad de vida debido al proceso de envejecimiento que ocurre en estas edades. Una de las formas de tratar al adulto mayor para mejorar su salud integral es a través de la práctica de diferentes actividades de psicomotricidad. Por lo antes mencionado se observa la necesidad de desarrollar un grupo de juegos para motivar a realizar actividades en personas de edad avanzada, específicamente de sesenta años en adelante.

Conocer sus beneficios para aumentar la calidad de vida durante la fase del envejecimiento (aquí se producen cambios fisiológicos y morfológicos), siendo más vulnerable a padecer cualquier tipo de trastorno o deterioro, tanto leve o grave. Las capacidades a evaluarse en la psicomotricidad (fuerza, resistencia, velocidad, y flexibilidad) como las coordinativas (equilibrio, ritmo, acoplamiento, diferenciación, orientación y reacción).

La pérdida de funcionalidad motora obliga a los adultos mayores a utilizar bastones, andadores, sillas de ruedas y otros implementos; la pérdida de funcionalidad cognitiva los lleva a ser dependientes de otras personas para así lograr comunicarse con el entorno. Del mismo modo, la pérdida de funcionalidad en general, hace aumentar las probabilidades que el adulto mayor tenga más accidentes domésticos graves y patologías complejas.

Otra de las razones por las que también es fundamental la psicomotricidad que es una parte importante que debe ser recuperada en el adulto mayor debe estar dirigida y supervisada por un profesional formado en la materia como somos los terapeutas ocupacionales quienes podemos y debemos llevar a cabo esta rehabilitación.

A través de actividades lúdicas-recreativas, podemos desarrollar los ejercicios necesarios para que la actividad motriz del individuo se normalice y así que pueda interactuar mejor en la sociedad.

La psicomotricidad es la relación entre la función motriz y la capacidad psíquica que enmarca la parte socio-afectiva del paciente que lo lleva a establecer su comportamiento y sentimientos hacia el mundo que lo rodea.

El esquema corporal, lo mejoraremos con ejercicios de propiocepción y un buen control postural que se lograra haciendo concienciar al paciente sobre su imagen y como se ve ante los demás, para así comenzar a evitar retracciones musculares y rigidez articular que presenta el adulto mayor.

Es importante que adaptemos nuestro vocabulario, tono y el volumen de nuestra voz para dirigirnos a nuestros pacientes, dándoles ordenes sencillas y claras, hablándoles despacio y si es necesario ayudarnos de gestos corporales, así podemos combinar la orientación con la atención del adulto mayor debido a los diferentes síndromes invalidantes.

El apoyo terapéutico que se realizó en la **Fundación para la tercera De San Pablo De Manta (FUNTEMAN)** fue integral, considerando que muchos de estos pacientes aparte de limitación de actividades psicomotrices que presentan por su edad también requieren de compañía y comprensión por sentirse solos a pesar de que cuenten con el apoyo de sus familias.

El conversar con ellos y hacerlos sentir indispensables en el trabajo que nosotros hacemos como terapeutas ocupacionales nos facilita poder lograr su recuperación o aliviar sus molestia según su patología.

El **problema principal** es que consiste la necesidad absoluta de un tratamiento de coordinación motriz – cognitiva en nuestro medio debido a las condiciones de vida la mayoría de adultos mayores carecen de salud y vitalidad , causado también al proceso normal de envejecimiento existe en ellos una mayor frecuencia de enfermedades invalidantes prolongadas y en su mayoría irreversibles, con

disminución natural de la actividad física y mental , escasa motivación y sentimientos acentuados de soledad.

Complican así mismo el proceso de rehabilitación de Terapia Ocupacional situaciones como la atrofia muscular, la osteoporosis, la disminución del tiempo de acción y reacción, el uso de fármacos y la falta de motivación del paciente. El aumento de la edad conlleva a una disminución del tono muscular, amplitud articular y disminución de la coordinación motora, en especial de las capacidades respiratorias. Todo esto conlleva a disminución del dinamismo y de iniciativa el sentimiento de tristeza vaga y a veces un estado de irritabilidad e impaciencia.

En el proceso de envejecimiento se presenta un deterioro de condición motriz-cognitivo evidente en la memoria, la atención y la velocidad en el procesamiento de información. Además son frecuentes trastornos afectivos como la depresión especialmente en el adulto mayor institucionalizado. Dentro de las estrategias de intervención un programa de Psicomotricidad se presenta como una alternativa de trabajo integrador de tal manera optimizar la capacidad funcional el bienestar mental y la autonomía del adulto mayor mediante actividades recreativa que ayude al adulto mayor.

En la condición sensorio motriz de edad avanzada está afectada la coordinación dinámica general (sentado), trabajo de esquema corporal, equilibrio estático, lateralidad, estructuración espacial, temporal, coordinación segmentaria y motricidad fina y gruesa, actividades de comunicación y expresión corporal.

Brindarles una calidad de vida óptima a nuestros usuarios mediante la aplicación continua de programas que fomenten su desarrollo bio-psico-social y espiritual, mediante el trabajo holístico de todas las áreas.

Durante el proceso de envejecimiento se van deteriorando en menor o mayor grado, algunas de las funciones cognitivas; es por eso que es necesario una intervención no farmacológica, que nos permita mejorar los componentes cognitivos, meta cognitivos, afectivos y motivacionales del aprendizaje, los cuales implican la adquisición, mantenimiento y refuerzo de nuevas formas de recibir, procesar y

responder a la información. Esto nos permite prevenir, detener y postergar el deterioro cognitivo.

Las personas con demencia mantienen cierta capacidad de neuroplasticidad, un potencial de plasticidad cognitiva, de aprendizaje o capacidades de reserva que pueden ser desarrollados y estimulados a fin de modificar y optimizar su adaptación al medio, especialmente en los estadios leves y moderados, donde el proceso neurodegenerativo no está tan avanzado. Basado en una visión global de la persona, el término “Psicomotricidad” integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio motrices en la capacidad de expresarse. La psicomotricidad, así definida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad. En la tercera edad puede tener tanto una aplicación preventiva o educativa como reeducativa o terapéutica, dependiendo del nivel de conservación de las capacidades motrices y cognitivas de la persona.

Favorece el movimiento, la postura, el equilibrio, la coordinación, el ritmo, la orientación espacial y temporal; permite intervenir en las emociones de la persona e implica al mismo tiempo relajación y comunicación, así como desarrollo de la creatividad. El lenguaje es una de las actividades más importantes en el ser humano. Es de vital importancia mantener y estimular esta habilidad en nuestros usuarios ya que es una herramienta clave para su inclusión social y el desarrollo bio-psico-social.

La **justificación** del presente proyecto se sustenta en el análisis de actividades de psicomotricidad en los síndromes invalidantes ya que la terapia ocupacional es una base fundamental que se enfoca a mejorar la parte sensorio- motriz del adulto mayor, la cual nos ayuda a retardar la pérdida de movilidad y el agotamiento energético de otros sistemas orgánicos.

Razón por la cual la Terapia Ocupacional promueve el bienestar mental del adulto mayor, por medio de juegos de mesa como parchís, dominó, bingos, y otros ejercicios de memoria. Estas actividades son dirigidas a todos los adultos mayores de **FUNTEMAN**, en especial a aquellos con signos de deterioro de memoria, Alzheimer, y enfermedades demenciales.

Ayudo también a demostrar que las actividades técnicas como:

Talleres de trabajo manual donde se enseña manualidades, dibujo, trabajo de fomix, etc. Los internos realizan artículos variados como muñecas, manteles, artículos en madera, bordados, y muchos más; algunas veces con materiales reciclados.

Debido a los cambios físicos del adulto mayor se hace importante contar con ,material educativo interactivo y proactivo capaz de llevar las expectativas de los adultos mayores ,objetivo principal del trabajo, que se centrara en el diseño y evaluación del material que ayudara a los adultos mayores a saber realizar de actividades recreativas. Hay que tomar en cuenta la edad y el sexo, características de la personalidad, condiciones físicas, no provocar fatiga.

“Como **objetivo general** facilitar un programa de psicomotricidad como actividad integradora del adulto mayor para mejorar la calidad de vida.”

## **HIPÓTESIS GENERAL**

Determinar la incidencia de las actividades de psicomotricidad de los adultos mayores internos en la fundación para la tercera edad de san pablo de manta (FUNTEMAN) que permitirá favorecer y mejorar la calidad de vida.

## **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Aplicación de actividades lúdicas y ejercicios corporales para mejorar la condición psicomotriz.

## **VARIABLE DEPENDIENTE**

Incidencia de las actividades de psicomotricidad.

## **VARIABLE INTERVINIENTE**

Mejorar la calidad de vida.

## **HIPÓTESIS ALTERNATIVA**

La valoración diagnóstica y tratamiento de Terapia Ocupacional en los síndromes invalidantes de los adultos mayores con problemas en las actividades de la vida

diaria permitirá mejorar la falta de motivación e interés con respecto a la rehabilitación en forma favorable.

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Valoración diagnóstica y tratamiento de Terapia Ocupacional conociendo las condiciones de vida del grupo vulnerable.

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

Actividades de la vida diaria.

### **VARIABLE INTERVINIENTE**

Mejorar la falta de motivación e interés del adulto mayor con respecto a la rehabilitación de terapia ocupacional.



## **METODOLOGÍA DEL TRABAJO DE CAMPO**

### **DEFINICIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

Se eligió el área de rehabilitación de Terapia Ocupacional de FUNTEMAN de la ciudad de Manta donde se recolectó información necesaria es una institución al servicio de las personas de la tercera edad.

### **UNIVERSO**

Adultos mayores internos del área de rehabilitación de Terapia Ocupacional de FUNTEMAN de la ciudad de Manta.

### **MUESTRA**

Para la elaboración de este proyecto se ha trabajado con 50 adultos mayores institucionalizados por régimen interno de 62 y más años de edad de ambos sexos.

### **MÉTODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

La investigación que se va a realizar es de tipo experimental-cualitativa ya que por medio de las hipótesis planteadas, al obtener resultados, contribuirán y ayudarán a la sustentación de los resultados obtenidos al final de la investigación, respaldados por la población, la cual se le brindará el conocimiento necesario sobre la base realizada del tema. La metodología a utilizar en el presente trabajo de investigación serán los métodos inductivo, deductivo y el método descriptivo; ya que se tiene como propósito la obtención de información completa con la atención y observación de los hechos especificando la interpretación y el análisis imparcial de los mismos, con una finalidad preestablecida. Se utilizó el método inductivo para examinar de manera particular a los adultos mayores del pensionado de FUNTEMAN los cuales presentan distintos tipos de síndrome invalidantes de acuerdo a la patología obtenida. El método deductivo se lo utilizó para examinar la psicomotricidad de cómo van a inferir en cada paciente geriátrico en su recuperación y forma de buscar la mayor independencia posible. Al tratar a un adulto mayor no necesariamente se va a buscar una recuperación total si el proceso que cursa es crónico, sino simplemente mejorar su capacidad funcional social para darle una mejor calidad de vida. El método descriptivo se lo utilizó en la investigación para comparar y clasificar a los pacientes del área de rehabilitación de terapia ocupacional de FUNTEMAN de la ciudad de Manta.

### **TIEMPO**

Se realizó durante los meses de Julio a Diciembre del 2012”

### **INSTRUMENTOS**

-cámara fotográfica - cuaderno de notas- materiales manuales, etc.

### **TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

-\_manual de instrumentos de evaluación geriátrica y criterios diagnósticos en geriatría.

- cuestionario portátil del estado mental de preiffer.

### **RECURSOS HUMANOS**

-investigador: María Fernanda Chávez Bazurto - adultos mayores - equipo de salud de FUNTEMAN

-profesor guía para la realización de la investigación Lcdo. Luis Loor Mera.

### **RECURSOS FÍSICOS**

-historias clínicas -informes y folletos -internet

-libros de geriatría

### **RECURSOS INSTITUCIONALES**

Facultad de Especialidades en Ciencias de la Salud

Funteman (fundación para la tercera edad de san Pablo de Manta.)

### **RECURSOS FINANCIEROS**

<b>Lista de Presupuesto</b>	
<b>Transporte</b>	<b>\$240</b>
<b>Alimentación</b>	<b>\$480</b>
<b>Impresiones</b>	<b>\$ 40</b>
<b>TOTAL</b>	<b>\$760</b>

Como **tareas científicas** tenemos:

- Recuperar la mayor independencia del adulto mayor tras haber padecido síndromes invalidantes.
- Motivar al adulto mayor a un programa de actividades psicomotrices.
- Estimular sus capacidades funcionales en posición sedente, bipedestación y deambulación manteniendo la movilidad máxima del adulto mayor.

- Mantener sus habilidades de comunicación y expresión corporal integrándolo a la sociedad.
- Conseguir la confianza y cooperación del adulto mayor creando un entorno optimista con el medio que los rodea.

Dentro de los **resultados científicos** tenemos

- Mediante actividades de psicomotricidad se ayudó a la elasticidad articular y también a mejorar el esquema corporal de los adultos mayores de FUNTEMAN.
- Mediante actividades lúdicas recreativas como bingo, naipes, actividades manuales se mejoró sus áreas cognitivas.
- Se estimuló sus capacidades funcionales mediante barras paralelas, y la movilización dentro del área donde habitan.
- Se logró una mejor comunicación con sus familiares y compañeros mediante actividades recreativas para una mejor expresión corporal.
- Se consiguió una mejor cooperación mediante confianza y el respeto de cada uno de los adultos mayores de **FUNTEMAN**

## **MARCO TEORICO**

### **CAPITULO I**

#### **1. Psicomotricidad en el adulto mayor**

##### **1.1. ¿Por qué la psicomotricidad en la tercera edad?**

Observando los cambios que se producen en la tercera edad y tomando en cuenta que la psicomotricidad sintetiza psiquismo y motricidad a fin de permitir a la persona adaptarse armoniosamente a su entorno. La psicomotricidad en esta etapa es una aproximación global de la persona donde las interacciones entre la motricidad (tono, postura, movimientos,) y emociones, comprensión, imaginación, intención, inconsciente son constantes. La psicomotricidad, utilizando el cuerpo, y su entorno inmediato responden de manera adaptada.

La psicomotricidad es la relación mutua entre la función motriz y la capacidad psíquica que engloba el componente socio afectivo (donde están las relaciones que establecen el individuo, comportamientos y sentimientos) y el componente cognitivo (que hace referencia a las capacidades y aptitudes del individuo). Podemos decir, por lo tanto, que el movimiento no se reduce a una actividad mecánica, sino que está influido e influye en la función psíquica del individuo. El movimiento es el medio a través del cual el individuo se pone en relación con lo que le rodea de este modo se puede entender que la psicomotricidad modifica y mejora las relaciones interpersonales.

Desde la psicomotricidad, entendemos el movimiento como fuente de salud física, medio de estimulación sensorial y organizador de las capacidades mentales y medio de comunicación y de relación con los demás. Los componentes básicos de terapia psicomotriz y, por lo tanto, los aspectos a trabajar son los siguientes: Esquema corporal, conciencia corporal, propiocepción.

Trabajar el esquema corporal implica diferenciar las distintas partes del cuerpo y realizar un adecuado control postural.

Control postural tener conciencia de nuestro cuerpo en estático, corregir las alteraciones posturales para evitar la aparición de rigidez. Control del tono muscular.

Tener conciencia de nuestro cuerpo en movimiento: Experimentar el movimiento.

Equilibrio: Trabajamos el equilibrio estático y dinámico.

Lateralidad: Diferenciación de los dos lados del cuerpo a través de ejercicios de señalización y orden.

Coordinación: Dinámica general, óculo-manual, espaciotemporal.

Organización temperó-espacial.

Estructuración temporal y rítmica.

Relajación.

Trabajo de las praxias, ideo motora, constructiva.

Actividades de comunicación pensamiento abstracto.

Todos estos aspectos que conforman la psicomotricidad se pueden trabajar a través de la terapia ocupacional, utilizando el movimiento como medio físico del tratamiento.

Para preparar una sección de psicomotricidad, lo primero y más importante es realizar una valoración psicomotriz cada usuario por separado. De este modo, podemos incluir a los usuarios en un grupo o en otro, según sus capacidades. Para garantizar la afectividad y el correcto funcionamiento de las secciones psicomotrices, es necesaria esta primera evaluación. Si proponemos los ejercicios adecuados a las capacidades de los usuarios, incrementaremos su confianza, su seguridad y su bienestar emocional y, por lo tanto, el paciente geriátrico se sentirá capaz, satisfecho, optimista, colaborador y se esforzaran en mejorar.

## **1.2. Programa de psicomotricidad del adulto mayor**

Es una disciplina socio-sanitaria, que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida diaria e interviene cuando dicha capacidad esta alterada por cualquier problema físico, psíquico sensorial o social, común adecuado tratamiento ocupacional.

El terapeuta ocupacional utiliza la actividad y el entorno con el propósito de ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo posible de independencia y/o autonomía personal.

En geriatría, la terapia ocupacional constituye una parte del complejo proceso de intervención integral de la persona mayor, para conocer sus estado físico, psíquico, sensorial o social, con el objetivo de mantenerle en los niveles óptimos de la salud en todos sus aspectos, intentando mejorar o mantener su calidad de vida Fisher y Kielhofner,1995 pag.113

Este programa se centrara en la atención de terapia ocupacional que se debe dar en la residencia para mayores. Tratará de definir las funciones del terapeuta ocupacional, así como los diferentes programas que dentro del mismo se pueden llevar a cabo.

### **1.3.Terapia ocupacional en el adulto mayor**

Se dice que una persona entra en la tercera edad cuando cumple los 60 años. La vejez no es una enfermedad aunque si es sabido que los adultos mayores están sometidos a menudo a síndromes invalidantes de los cuales hay que diferenciar entre los procesos que se favorecen de la ancianidad biológica de los que resultan de una ancianidad patológica.

Estos síndromes invalidantes son los que la terapia ocupacional trata de compensar, ya que la presencia de enfermedades se dan en el adulto mayor con mayor facilidad y frecuencia que en el individuo joven, siendo su recuperación además, más lenta e incompleta. Diversos factores en el adulto mayor ayudan a ello:

- Disminución fisiológica de audición y vista.
- Perdida general de fuerza y disminución de potencia muscular.
- Lentificación de reacciones defensivas.
- Alteraciones articulares.

Además de una serie de situaciones patológicas más comunes en la tercera edad como son:

- Artritis
- Parálisis
- Vértigos
- Atrofias musculares, etc.

La actitud de terapia ocupacional en el paciente geriátrico debe encaminarse básicamente a mantener la independencia en la movilidad y en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD).

### **1.3.1. Lo que implica para el terapeuta ocupacional trabajar en gerontología**

Los terapeutas ocupacionales que trabajan con adultos mayores se encuentran con personas con trastornos psiquiátricos.

La demencia y la depresión son los trastornos que con más frecuencia van observar. Los pacientes con depresión van a tener dificultad para desempeñar las tareas por un déficit de los hábitos. Conocen perfectamente cómo hacer las tareas pero dado que carecen de motivación sus rutinas se interrumpen.

#### **Los síntomas como:**

- Falta de atención.
- Falta de energía.
- Déficit en la resolución de problemas.
- Retraso psicomotor.
- Apatía.
- Indiferencia ante las expectativas de los otros van afectar directamente en sus hábitos.

Los terapeutas ocupacionales que trabajan en geriatría deben estar preparados para evaluar y tratar las disfunciones en el desempeño de las tareas por deterioros cognitivos y afectivos.

- Para realizar una tarea el paciente debe tener:
- Capacidad cognitiva, para planificar la actividad.

- Capacidad motora, para llevarla a cabo.
- Capacidad afectiva, para poner interés.

Si existe alguna deficiencia en alguna de estas tres áreas no se va a poder desarrollar la tarea. El enfoque que debe utilizar el Terapeuta Ocupacional debe ser biopsicosocial.

- Por ejemplo, un terapeuta ocupacional puede enseñar a un enfermo con diagnóstico de depresión y fractura de cadera, el uso del andador trabajando las áreas cognitiva y biológica, para poder asistir a una actividad grupal, trabajando el área social.

Los adultos mayores están motivados para aprender tareas que perciben como relevantes para su vida diaria.

Por eso las actividades que plantee el terapeuta ocupacional tendrán que estar encaminadas a objetivos concretos planeados conjuntamente con el paciente. Así llegar a conseguir las necesidades del paciente adulto mayor; independencia, seguridad, estimulación y autoestima, a través del desempeño de las tareas.

### **1.3.2. Intervención basada en el ambiente**

La capacidad para realizar las tareas tiene 2 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 puedan ser mejoradas, menudo se pueden reducir las demandas para permitir una mayor participación del adulto mayor adaptado por Mosey, 1996, pág.340.

### **1.4. Procesos patológicos de terapia ocupacional**

Siguiendo con el papel que la terapia ocupacional puede proporcionar a las personas de la tercera edad, debemos tener en cuenta 3 tipos de procesos patológicos que pueden tener lugar el adulto mayor.

1. **Síndromes invalidantes:** Una forma propia de presentación por ejemplo hemiplejias por accidente cerebro vascular.



2. **Síndromes no invalidantes:** Pero cuya recuperación en el adulto mayor es más lenta por los efectos desastrosos de la inactividad física, mental y social; de tal modo que los afectados requieren ayuda para recuperar su independencia.
3. **Síndromes involutivos y degenerativos:** Propios del envejecimiento biológico como puede ser la enfermedad de Alzheimer.

Como nuestro objetivo se centra en mantener la independencia en las avd, en los síndromes invalidantes y en los no invalidantes debemos aplicar medidas de prevención contra la incapacidad que pueda presentarse y contra las complicaciones secundarias o tratamientos activos que anule la sintomatología invalidante. Las técnicas para conseguir este objetivo no difieren de las que puedan ser utilizadas para cualquier tipo de paciente Y de cualquier edad, quizás si difieran los objetivo. En el adulto debemos perseguir la independencia por lo que debemos buscar las capacidades residuales potenciándolas y buscando compensaciones, se deberá calmar el dolor, conseguir una marcha independiente (aunque sea con ayuda) mejorar el equilibrio (quizá no al 100%), buscar el ángulo útil aunque no sea completo, etc. En los síndromes involutivos y degenerativos debemos actuar con actividades físicas y deportivas generales que ayuden a retrasar o pailar las alteraciones de órganos y o aparatos que aunque cursen de forma asintomática, en un momento determinado pueden evolucionar y determinar la aparición de una patología que pueda llegar a producir invalidez o disminución de la capacidad física del sujeto. Las actividades físicas y deportivas son la más eficaz de las armas contra el envejecimiento, pues no solo retrasa los procesos biológicos de aquel, sino que determina una relajación psíquica, distención euforia y confianza en uno mismo.

En un segundo apartado las escalas de actividades de la vida diaria diremos que esta evaluación se encuentra dentro del ámbito de la terapia ocupacional, pero aun así alguna de estas actividades pueden ser evaluadas por un terapeuta ocupacional definimos primeramente evaluación funcional como el método que describe las aptitudes y limitaciones para medir el empleo que un individuo realiza de una variedad de habilidades incluidas en el desempeño de las tareas necesarias para la vida diaria, las

actividades recreativas, la actuación ocupacional, las interacciones sociales y otras conductas necesarias.

En general los instrumentos de evaluación que utilizaremos deben:

- Describir de forma objetiva el estado funcional del adulto mayor
- Repetirse de forma seriada para detectar alteraciones
- Recoger datos que sean de utilidad para el tratamiento
- Mejorar la capacidad de comunicación en el equipo interdisciplinar
- Aportar datos compatibles y comparables que permitan su uso para la investigación.

### **1.5. Estimulación sensorial**

- La estimulación visual, auditiva y táctil. Es muy beneficiosa para los mayores con Alzheimer y otras demencias, ya que permite realizar diversas actividades mediante la estimulación sensorial y nociones básicas.
- La estimulación sensorial es especialmente importante en usuarios con demencias, porque esta evoca recuerdo en los residentes y fortalece las conexiones neuronales del cerebro, afianzando los recuerdos y enlenteciendo el deterioro cognitivo. Además, la percepción es una de las capacidades que se pierden con el avance de estas enfermedades y su estimulación ayuda a enlentecer el deterioro.
- La información que emerge de los estudios. Investigaciones y tratadistas sobre este tema, nos dejan conclusiones y ante todo reflexiones sobre los cambios de los sentidos por el proceso de envejecimiento, los cuales tienen un gran impacto en el estilo y calidad de vida del adulto mayor, dado que surgen problemas y limitaciones a nivel de la comunicación, del disfrute de las actividades cotidianas, de interacción familiar y social, así como también dan margen al aislamiento personal, a la soledad y al marginamiento social.

- De esta realidad se deriva la necesidad, de asumir el propósito e abordar un envejecimiento activo, que implica el fortalecimiento de la estimulación sensorial con relevancia, para activar y reactivar las energías mentales, a través de nuevas opciones y desafíos que trasciendan al enriquecimiento del bienestar y por ende a una mejor calidad de vida.
- Es fundamental reflexionar como adultos mayores, que ya no pertenecen a la inactividad, sino a la capacidad de mantener activos a través de un proceso educativo que favorezca los aprendizajes, a partir de la educación de los sentidos y en parte subsanar el déficit que el avance de los años nos deja como legado, pero que no puede negarnos en ningún momento, la búsqueda de opciones de enriquecimiento y desarrollo personal, por ejemplo de nuevos aprendizajes sin límite de edad, que ejerciten nuestra mente y aviven nuestro cuerpo, dado que este es ante todo, emoción, sentimiento, imaginación, y es esta riqueza es la que tenemos que despertar, sensibilizar y atesorar.
- En esta reflexión es fundamental también, retomar los efectos de riesgo que afectan directamente nuestra capacidad sensorial como son el sedentarismo, la obesidad, el cigarrillo, la inactividad, el alcoholismo, los hábitos nutricionales no sanos, el déficit de sueño entre otros.

### **1.5.1 Estimulación cognitiva**

- Las funciones cognitivas son todas las actividades mentales que realiza el ser humano al relacionarse con el ambiente que le rodea. Desde esta perspectiva, representan la esencia de la adaptación personal del individuo y de todo el proceso social debido a la capacidad que tiene el ser humano de desarrollar estrategias, planificar el futuro y evaluar sus consecuencias. Actualmente se intenta descifrar que procesos cognitivos se ven afectados y por qué se producen estos cambios a lo largo de la última etapa de la vida, la psicología del envejecimiento y del desarrollo puedan ofrecer una descripción completa de los efectos de la edad sobre la cognición humana.

- Estos resultados permitirán comprobar si efectivamente las personas mayores, en relación con los jóvenes, presentan una menor competencia en todas las tareas cognitivas, si utilizan las mismas estrategias para la relación de problemas entre otras. El ser humano es un ser integral que requiere de la estimulación necesaria para aumentar sus potencialidades y así disminuir las deficiencias que presente. Así, los adultos mayores requieren de estimulación, la cual le permitirá aumentar sus potencialidades y no permitir el avance de déficits (cognitivos, físicos, u otros) que presenten.
- Los programas de psicoestimulación cognitiva para personas adultas mayores consisten en un conjunto de estímulos que pretenden incrementar la actividad de las habilidades cognitivas (orientación, atención, memoria, lenguaje, razonamiento y praxias) que intenta mantener las habilidades intelectuales (memoria, orientación, atención, calculo, funciones ejecutivas, praxias) conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de restaurar la autonomía del ser humano a quien se le aplique.
- En el modelo del procesamiento de la información se asume que la persona tiene un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación almacenamiento, elaboración, recuperación y transmisión de la información que le llega. Estos procesos permiten explicar la actividad cognitiva.
- Un proceso es una unidad de orden superior. Así, un proceso se puede estudiar en sus unidades más elementales (micro procesos) o más globales (procesos básicos). Desde una concepción unitaria, los procesos cognitivos básicos son manifestaciones diferentes, aunque difícilmente delimitables, de un mismo sistema general de procesamiento de nivel superior.
- Mantenga una temperatura constante en el dormitorio: el frío prolongado puede producir somnolencia y caídas: igualmente es conveniente mantener una buena iluminación en la estancia.
- Mantenga alfombras y moquetas en buen estado y fijas al suelo, así como cuidado con los cordones eléctricos o telefónicos que pueda haber por la casa. No trate los suelos con ceras

- Utilice barandillas si existen escaleras y señalice el primer y último escalón además es conveniente tener interruptores de la luz a ambos lados.
- Coloque todos los utensilios que necesite al alcance de la mano o muy accesibles.
- Utilice calzado de tacón bajo con base ancha y suela blanda.
- No se siente de golpe hágalo despacio sobre la silla no muy baja y recta.
- Levántese de la cama lentamente.

### **1.6. Aumento de inestabilidad y balanceo al andar.**

- Alteración de reflejos posturales (laberínticos, tónicos del cuello, visuales de la retina, pérdida de la información propioceptiva desde articulaciones por degeneración progresiva de sus mecanos receptores)
- Alteración de barroceptores y reducción de flujo cerebral.
- Alteraciones auditivas.
- Alteraciones visuales con disminución de la agudeza visual, sobre todo nocturnas.
- Alteraciones neuroendocrinas, como disminución de renina y aldosterona que alteran el manejo del sodio y del volumen intravascular (fragilidad ante la deshidratación).

#### **1.6.1. Actividades de promoción y prevención**

Como medidas preventivas y educativas hay tres niveles en todos los cuales la contribución de la terapia ocupacional es fundamental:

**Prevención primaria:** consiste en reducir el número de deterioros, incluyendo la educación sanitaria y la buena forma física.

**Producido el deterioro:** se propone limitar las discapacidades mediante tratamiento precoz y prevenir complicaciones.

**En las capacidades irreversibles** intentamos reducir la minusvalía mediante el entrenamiento auto atención y la adaptación al medio recuperar el funcionamiento máximo posible al que podamos optar.

En primer lugar hablaremos del peor de los casos el adulto mayor encamado. En los cuales ya sea por enfermedad o por intervención quirúrgica, debemos someterlos lo antes posible a un tratamiento postural y profiláctico adecuado. El encamamiento prolongado es el primer enemigo de la terapia ocupacional del adulto mayor. En estos pacientes se deben tomar las siguientes medidas preventivas:

- Mantener al paciente en una posición cómoda la cual debe ser modificada con regularidad para evitar que se dañe la piel en los puntos de presión.
- Mantener limpio y atender sus necesidades fisiológicas.
- Asegurarse de que ingiere los alimentos adecuados y el suficiente líquido.
- Mantener la función respiratoria.
- Prevenir las complicaciones que conlleva las pérdidas de posturas funcionales.

### **1.7. Elementos para la implementación del sistema de juegos**

Envejece el individuo y envejece la sociedad, nunca es demasiado tarde para probar los beneficios de un estilo de vida saludable. Hacer ejercicios físicos y no fumar a los 70 años aumenta enormemente las oportunidades de vivir hasta los 90.

Al considerar la etapa del envejecimiento se plantea un problema social de primer orden, en cuanto las persona mayor como grupo diferente e importante en el ámbito demográfico, con rasgos culturales específicos, intereses propios bien definidos.

Garantizar a la sociedad un incremento de su bienestar, en el desempeño de roles que den sentido a sus vidas, al desarrollo de actitudes distintas a las actuales con las que se define a la marginalidad y al desarrollo, a la inseguridad, a la falta de calidad de vida y a todos los prejuicios, mitos y estereotipos, que forman el imaginario social que envuelven al proceso de envejecimiento es una de las tareas que se exigen.

### **1.7.1. Formas de instrumentación**

Los juegos populares, pasivos y dinámicos para el mejoramiento de la psicomotricidad, contienen los ingredientes necesarios para ofrecer a los adultos mayores un abanico motriz significativo en vista de garantizar un mejor bienestar y disfrute de la vida.

### **1.7.2. Juegos dinámicos**

**Nombre:** Darle la vuelta trono

**Objetivo:** Mejora la movilidad articular y la rapidez de traslación.

**Materiales:** Marcadores.

**Organización:** Se forman adultos mayores en equipos de igual cantidad detrás de la línea de salida y a una distancia prudencial se colocan los marcadores.

**Desarrollo:** A la señal del profesor salen los primeros adultos mayores y le dan la vuelta al tronco regresan y realizan el saludo deportivo detrás de la línea de salida y a una distancia prudencial se colocan los marcadores.

**Desarrollo:** A la señal del terapeuta salen los primeros adultos mayores y le dan la vuelta al tronco regresan y realizan el saludo deportivo detrás de la línea de llegada se incorporan al final de su equipo y así sucesivamente hasta que todos hayan realizado la misma operación.

**Reglas:**

- Es obligatorio realizar el saludo deportivo detrás de la línea.
- Hay que darle la vuelta al marcador.
- No se debe correr.
- Gana el equipo que primero termine.

**Nombre:** Derrumba si puede

**Objetivo:** Mejorar la concentración y la precisión en el tiro.

**Materiales:** Tubos de desodorantes del mismo tamaño y dos pelotas.

**Organización:** Se forman los equipos en hileras y a una distancia prudencial se ubican los tubos de desodorantes y detrás se ubica un abuelo que es el de organizarlo una vez derrumbado.

**Nombre relevo en parejas**

**Objetivo:** mejorar la ayuda mutua, el compañerismo y la rapidez de traslación

**Organización:** se forman los equipos de igual cantidad de participantes, a una distancia en el mismo equipo se ubica un compañero.

**Desarrollo:** a la señal del profesor el abuelo que está parado frente a su equipo viene caminando rápido toma al primer abuelo de su equipó y lo lleva hasta donde él estaba, este abuelo se queda y regresa el abuelo número dos y repite la misma operación hasta que todo el equipo haya pasado para el lado contrario.

**Reglas**

Gana el equipo que primero termine.

Es obligatorio trasladar al abuelo con la mano tomada.

No se puede correr.

**Nombre: cambien de árbol**

**Objetivo:** Mejorar la rapidez de reacción.



**Materiales:**

**Organización:** se ubican los abuelos a una distancia prudencial uno de otro.

**Desarrollo:** cada abuelo trazara un círculo en torno suyo. Estos círculos se consideran como árboles. Un jugador sin puesto situado en el centro, dice: cambien de árbol, a lo cual todos los jugadores abandonan sus círculos para buscar un nuevo puesto, pero también el jugador del centro que no tiene puesto corre con el mismo propósito, después de que cada uno haya conquistado un nuevo puesto, sobra uno, que a la vez del jugador central e inaugura la próxima vuelta.

**Reglas:**

Los jugadores deben estar dentro del círculo para iniciar el juego. Los jugadores deben correr.

**Nombre:** buscar amigos

**Objetivo:** mejora la rapidez de reacción y mejora el colectivismo.

**Materiales:**

**Organización:** Se forma un círculo grande alrededor del área.

**Desarrollo:** A la voz del profesor comienza el juego y los abuelos comienzan a caminar a favor de las manecillas del reloj, prestando la atención al número que va a decir el profesor. Rápidamente los abuelos deben unirse según el número que haya dicho el profesor.

**Reglas del juego:**

El que no forme el grupo será castigado.

El castigo no puede ser con ejercicios.

No se debe correr.

### **1.8. Ejercicios de psicomotricidad en sedestación**

- Flexión y extensión de cuello.
- Flexión lateral de cuello a ambos lados.
- Rotación de cuello a ambos lado.
- Elevación de hombros con los brazos colgando.
- Antepulsión de hombros.
- Retropulsión de hombros.
- MMSS elevados, a tocar el suelo y volver a la posición.
- Brazos colgando, tocar el suelo, o intentarlo, por los lados.
- Una mano en la nuca y otra en la espalda, Se intercambian las posiciones de las manos, una sube y otra baja.
- Mismo movimiento, con los brazos estirados, uno hacia arriba y otro hacia abajo.
- Manos entrecruzadas, elevación de brazos dando la vuelta a las palmas y estirando los codos.
- Manos en la nuca, llevar codos hacia atrás y relajar.
- Manos en la nuca, flexiones laterales de tronco.
- Manos en la nuca, rotaciones de tronco.
- Brazos colgando, elevación de brazos hasta ponerlos en cruz.

- Mismo movimiento que el anterior, elevando los brazos hasta la vertical.
- Elevación de los brazos, por el frente con los codos estirados, hasta la altura de los ojos.
- Elevación de los brazos, por el frente con los codos estirados, hasta la vertical.
- Flexión-extensión de codos
- Brazos en cruz, flexión-extensión de codos.
- Brazos colgando, extensión de muñecas.
- Brazos colgando, manos abiertas, cerrar puño y extender.
- Brazos en cruz, mismo movimiento que el anterior.
- Elevación de rodillas, alternando.
- Pies juntos, elevación de ambas rodillas a la vez.
- Extensión de rodillas, alternando.
- Pies juntos, extensión de rodillas a la vez.
- Punteras con los pies juntos.
- Talones con los pies juntos.
- Desde la posición de sedestación pasar a bipedestación elevando los brazos hasta la vertical.

### **1.8.1. Ejercicios de psicomotricidad en bipedestación**

Estos ejercicios se hacen en bipedestación, cada anciano detrás de su silla y agarrados al respaldo para mayor seguridad.

- Brazos elevados, tocar el asiento por delante del respaldo
- Brazos a lo largo del cuerpo, tocar lateralmente las rodillas
- Mismo movimiento que el anterior, elevando al mismo tiempo el brazo contrario por encima de la cabeza.
  
- Palmadas por encima de la cabeza, todos a la vez, que suene como una solo palmada.
  
- Brazos en cruz, palmadas por delante de la cara sonando como una sola palmada.
  
- Agarrados al respaldo, elevar primero una rodilla y después la otra.
- Flexión de rodillas, alternando.
  
- Elevar piernas con la rodilla estirada una por cada lado de la silla.
  
- Extensión de caderas alternando.
  
- Abducción de caderas, alternando.
  
- Punteras, elevando el cuerpo.
  
- Agarrados al respaldo, agacharse y levantarse.

## **CAPITULO II**

### **PROPUESTA CREACION DE UN TALLER DE PSICOMOTRICIDAD Y RECREATIVA EN LOS SINDROMES INVALIDANTES MÁS FRECUENTES PARA LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS EN EL AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE FUNTEMAN DE LA CIUDAD DE MANTA.**

#### **INTRODUCCION**

El presente proyecto investigativo muestra una formación extensa que les proporciona las habilidades y los conocimientos para trabajar con un grupo de adultos mayores que sufren la afectación de una estructura corporal o función debido algún cambio de salud y que por tanto hace que experimente limitaciones en su participación en las actividades de la vida diaria.

Surgió la necesidad de conocer las opiniones y necesidades de los implicados en la fundación, sobre la posibilidad de utilizar dentro de los tratamientos alternos el taller de psicomotricidad y recreativa, como método de apoyo para la recuperación de los adultos mayores de FUNTEMAN.

El juego constituye un medio natural de autoexpresión, ya que se tiene la oportunidad de actuar expresando sus sentimientos acumulados en tensión, frustración, inseguridad, temor, perplejidad y confusión. Le brinda la seguridad al adulto mayor no sintiéndose presionado por situaciones que lo lleven a realizar situaciones inadecuadas.

La psicomotricidad ofrece a las personas el acompañamiento que individualmente necesita en su proceso madurativo, desde una perspectiva preventiva e integradora. En el caso de los adultos mayores con poco deterioro cognitivo, la psicomotricidad resulta una manera de fomentar el ejercicio físico y mantener las habilidades cognitivas básicas. Permite conservar una correcta tonicidad funcional, un control postural flexible, una mejor imagen corporal y fomenta una mejor organización temporal espacial y una adecuada regulación y control del acto mental y del acto motor.

Las personas con trastornos mentales severos presentan habitualmente un rol de paciente. Se trata de cambiar este rol hacia otro de persona activa, que sea colaborador con su entorno que lo rodea. Las actividades por una parte son utilizadas para adquirir o

desarrollar aquellas destrezas esenciales para la satisfacción de los roles vitales y por otra parte, desarrollar la competencia en el desempeño de aquellas tareas las cuales son: aseo, alimentación, vestido, transporte, etc.

Si analizamos cuidadosamente cada habilidad específica podremos prever las adaptaciones requeridas necesarias para el buen funcionamiento del adulto mayor dentro de la actividad que estemos llevando a cabo con el usuario en ese instante, y así facilitarles desempeño afectivo de las destrezas propias de la actividad.

#### **OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar programas de psicomotricidad y tratamientos adecuados para la recuperación de los adultos mayores de Funteman.

#### **OBJETIVO ESPECIFICO**

Contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y llevarles por medio de recreación y ocupación una estancia agradable propiciándoles independencia en las nuevas habilidades y hábitos del medio que los rodea.

#### **UBICACIÓN SECTORIAL Y FISICA**

El plan de capacitación de taller de psicomotricidad se desarrollará en el área de terapia ocupacional de la fundación para la tercera edad de San Pablo de Manta **(FUNTEMAN)**.

#### **DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA**

El proceso de capacitación se desarrollará en dos etapas:

Primera.- Preparación del contenido y material didáctico a utilizarse en las actividades de capacitación.

Segunda.- Aplicación de las actividades de psicomotricidad en la capacitación de intervención integral del usuario va a depender de sus aspectos tanto físicos, biológicos, sociales, psicológicos.

#### **ACTIVIDADES A EMPRENDERSE Y CUMPLIRSE**

Realizar un estudio exhaustivo de las problemáticas en cuestión en los dos pensionados de la fundación para la tercera edad de san Pablo de Manta **(FUNTEMAN)**.

Realizar actividades psicomotrices con los adultos mayores internos de Funteman y seguir continuando con el programa de movilidad activa-pasiva para un buen desempeño en sus actividades de la vida diaria.

Realizar el plan de capacitación de una manera en que los adultos mayores y el equipo multidisciplinario que le asisten entiendan en un lenguaje sencillo y claro.

Realizar tratamientos grupales e individuales

### **PREPARACIÓN DEL CONTENIDO MATERIAL Y DIDÁCTICO**

Estudio bibliográfico

Identificación y selección de contenido

Determinación de los métodos y estrategias de enseñanza.

Selección de auxiliares de la enseñanza.

Determinación de las técnicas de evaluación de resultados.

Difusión de la capacitación de los talleres de psicomotricidad.

Establecimiento de los horarios de capacitación de los talleres de psicomotricidad.

### **EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

Evaluar individualmente a cada adulto mayor para saber cuántos realizan las actividades y las memorizan de acuerdo al programa del taller de terapia ocupacional.

### **RECURSOS**

Para la aplicación del taller de psicomotricidad se utilizarán recursos materiales, económicos y como humanos los investigadores.

### **TIEMPO DE EJECUCIÓN**

El plan de capacitación del taller de psicomotricidad se desarrollara en 5 meses, incluyendo la etapa de la planificación.

### **FINANCIACIÓN**

El plan de capacitación de taller de psicomotricidad será financiado por el director de FUNTEMAN ayudando así a cumplir el programa establecido para mejorar e instruir el estilo de vida de los adultos mayores.

### **EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA**

Esta propuesta estará financiada, ejecutada y evaluada por el Directorio de FUNTEMAN.

**CAPITULO III**  
**EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

**LISTA DE ADULTOS MAYORES DE FUNTEMAN**

N°	Nombre	Edad	Sexo	Patología
1	caso	89 años	Femenino	Hemiplejía Derecha
2	caso	66 años	Femenino	Hemiplejía Derecha
3	caso	75 años	Femenino	Crisis depresiva
4	caso	62 años	Femenino	Hemiplejía Izquierda
5	caso	87 años	Masculino	Hemiplejia Derecha
6	caso	92 años	Femenino	Hemiplejia Derecha
7	caso	86 años	Masculino	Hemiplejia Derecha
8	caso	68 años	Femenino	Enfermedad de Parkinson
9	caso	66 años	Masculino	Hemiplejia Derecha
10	caso	72 años	Masculino	Enfermedad de Alzheimer
11	caso	92 años	Masculino	Artrosis de Cox
12	caso	75 años	Masculino	Hemiplejia Derecha
13	caso	70 años	Femenino	Hemiplejia Derecha
14	caso	63 años	Masculino	Enfermedad de Alzheimer
15	caso	78 años	Femenino	Enfermedad de Alzheimer
16	caso	84 años	Masculino	Enfermedad de Alzheimer
17	caso	64 años	Femenino	Esquizofrenia
18	caso	90 años	Masculino	F. de Cadera
19	caso	75 años	Femenino	F. de Cadera
20	caso	67 años	Femenino	F. de Cadera
21	caso	67 años	Masculino	Enfermedad de Alzheimer
22	caso	72 años	Femenino	Hemiplejia Derecha
23	caso	78 años	Masculino	Hemiplejia Derecha
24	caso	67 años	Masculino	Hemiplejia Derecha



25	caso	81 años	Masculino	Hemiplejia Derecha
26	caso	69 años	Femenino	Hemiplejia Derecha
27	caso	73 años	Masculino	Hemiplejia Derecha
28	caso	76 años	Femenino	Hemiplejia Derecha
29	caso	65 años	Masculino	Hemiplejia Izquierda
30	caso	73 años	Masculino	Hemiplejia Derecha
31	caso	83 años	Masculino	Hemiplejia Derecha
32	caso	78 años	Masculino	Enfermedad de Alzheimer
33	caso	79 años	Femenino	Enfermedad de Alzheimer
34	caso	75 años	Masculino	Enfermedad de Parkinson
35	caso	70 años	Masculino	Enfermedad de Parkinson
36	caso	84 años	Masculino	Hemiplejia Derecha
37	caso	69 años	Masculino	Hemiplejia Derecha
38	caso	85 años	Femenino	Hemiplejia Derecha
39	caso	67 años	Femenino	Artritis
40	caso	89 años	Femenino	Enfermedad de Parkinson
41	caso	95 años	Masculino	Hemiplejia Derecha
42	caso	67 años	Femenino	F. de Cadera
43	caso	68 años	Femenino	Hemiplejia Izquierda
44	caso	63 años	Femenino	Fractura de Pierna
45	caso	64 años	Femenino	Hemiplejia Derecha
46	caso	78 años	Femenino	Hemiplejia Izquierda
47	caso	78 años	Masculino	Hemiplejia Izquierda
48	caso	84 años	Femenino	Hemiplejia Derecha
49	caso	64 años	Femenino	Enfermedad de Alzheimer
50	caso	70 años	Femenino	Hemiplejia Derecha

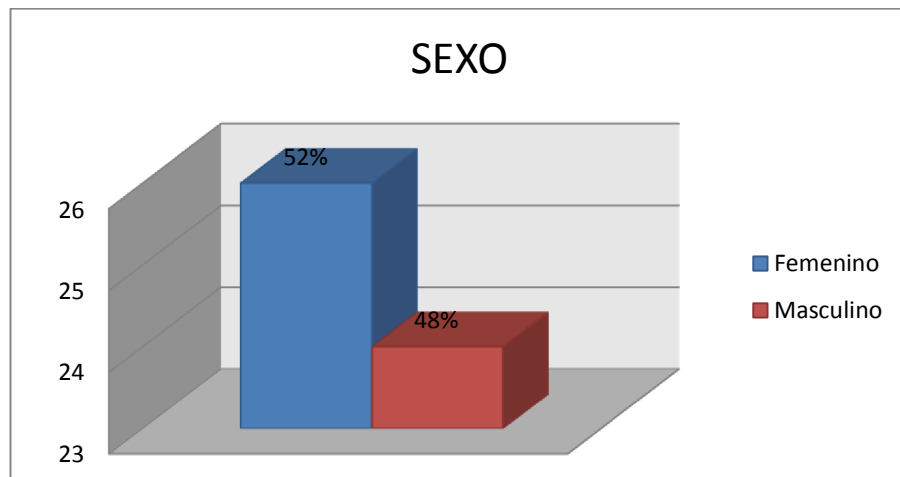
### CUADRO N° 1

PORCENTAJE SEGÚN EL SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	26	52
Masculino	24	48
<b>TOTAL</b>	50	100

**FUENTE: HISTORIAL CLÍNICO**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**



#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Podemos observar que de una muestra de 50 adultos mayores internos de FUNTEMAN 26 corresponden al grupo femenino representando el 52%; y del grupo masculino 24 con un 48%.

Predomina el sexo femenino con una frecuencia de 26 que corresponde al 52%.

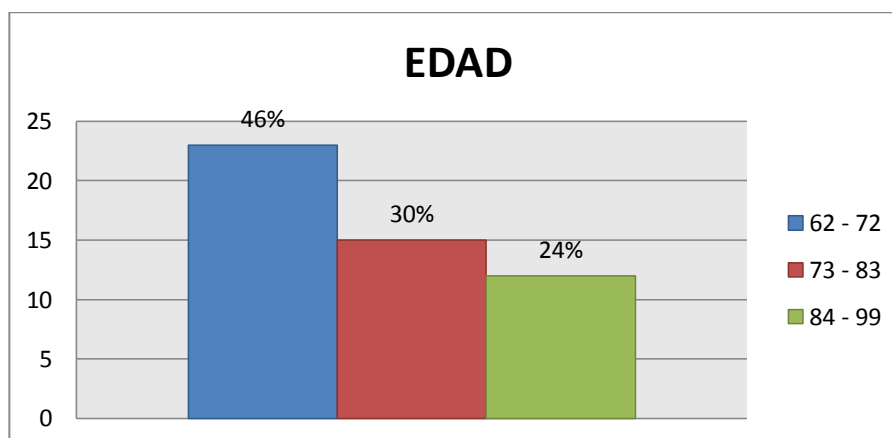
## CUADRO N° 2

PORCENTAJE SEGÚN LA EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
62 - 72	23	46
73 - 83	15	30
84 - 99	12	24
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: HISTORIAL CLÍNICO**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De la investigación realizada se observa los siguientes grupos de edad de 62-72 años con una frecuencia de 23 personas corresponde al 46%; 73-83 años 15 con un 30%; y 84-99 años 12 con un 24%.

Predomina el grupo de edad de 62-72 años con una frecuencia de 23 adultos mayores con el 46%.

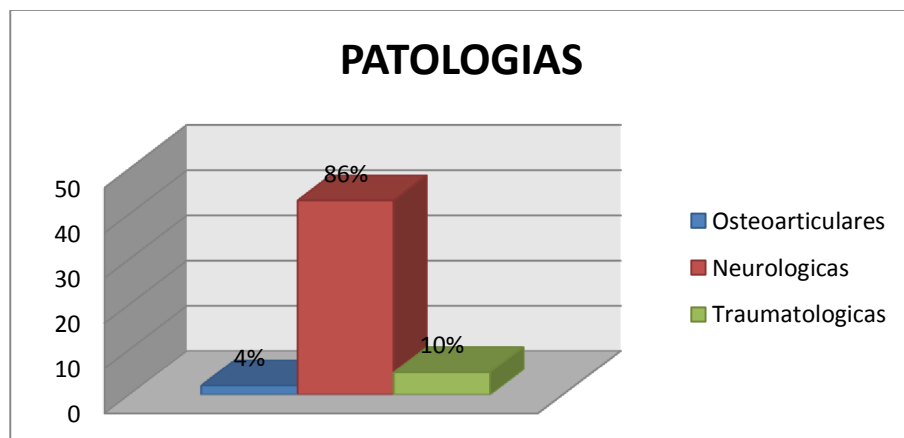
### CUADRO N° 3

INCIDENCIA DE ACUERDO AL PADECIMIENTO DE PATOLOGÍAS QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.

PATOLOGIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Osteoarticulares	2	4
Neurológicas	43	86
Traumatológicas	5	10
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: HISTORIAL CLÍNICO**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De la investigación se muestra las patologías frecuentes en adultos mayores; 2 presentan problemas osteoarticulares con el 4%; 43 enfermedad neurológica con un 86%; y problemas traumatológicos 5 con el 10%.

Predomina la enfermedad neurológica con 43 adultos mayores dando un 86%.

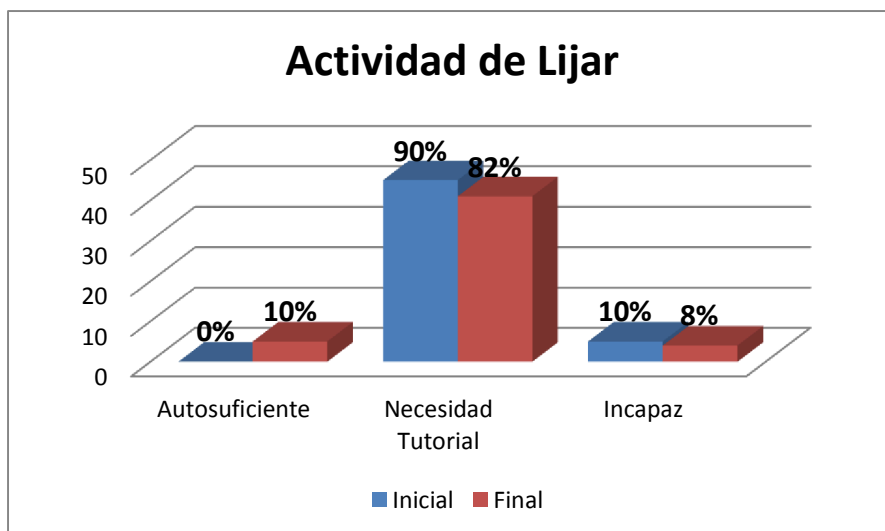
#### CUADRO N° 4

ACTIVIDADES DE PSICOMOTRICIDAD REFERENTE A LA MOTRICIDAD FINA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.

Actividad de Lijar	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Autosuficiente	0	0	5	10
Necesidad Tutorial	45	90	41	82
Incapaz	5	10	4	8
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: EVALUACIÓN DE PSICOMOTRICIDAD

AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

De la presente investigación se confirma que los adultos mayores internos atendidos en el Área de Rehabilitación de Terapia Ocupacional de FUNTEMAN, en la evaluación inicial de la actividad de lijar; autosuficiente no presenta ninguna frecuencia; 45 con necesidad tutorial con el 90%; y 5 son incapaz con el 10%. En la evaluación final autosuficiente 3 con el 6%, necesidad tutorial 43 con el 86% y 4 son incapaz con el 8%. En la E. inicial predomina la necesidad tutorial con 45 adultos mayores con el 90%, mientras que en la E. final predomina también la necesidad tutorial con 43 adultos mayores con el 86%.

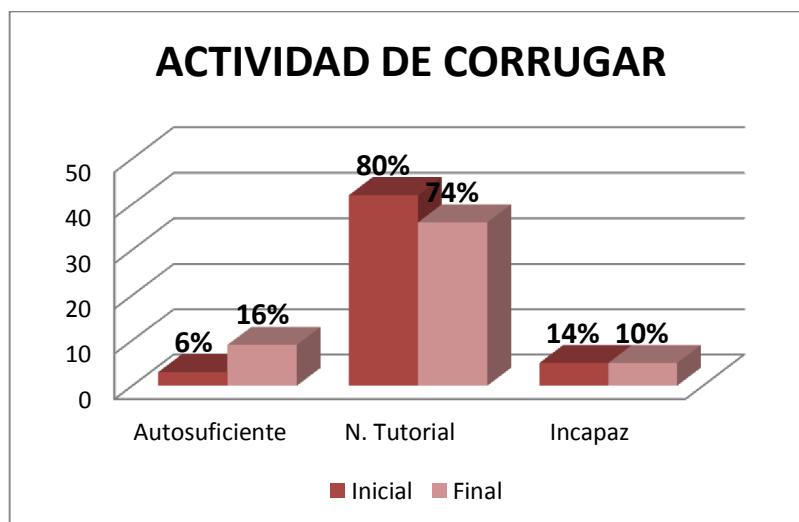
### CUADRO N° 5

ACTIVIDADES DE PSICOMOTRICIDAD REFERENTE A MOTRICIDAD FINA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.

ACTIVIDAD DE CORRUGAR	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Autosuficiente	3	6	8	16
Necesidad Tutorial	40	80	37	74
Incapaz	7	14	5	10
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: EVALUACIÓN DE PSICOMOTRICIDAD

AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De la presente investigación se confirma que los adultos mayores internos atendidos en el Área de Rehabilitación de Terapia Ocupacional de FUNTEMAN, en la actividad de corrugar; evaluación inicial 3 adultos mayores son autosuficiente con el 6%; 40 con necesidad tutorial con el 80%; y 7 son incapaz con el 14%.

Evaluación final 8 adultos mayores son autosuficientes con el 16%, 37 necesidad tutorial con el 74%, y 5 son incapaz con el 10%.

Predomina la necesidad tutorial con 40 adultos mayores en la evaluación inicial con el 80%. Y en la evaluación final la necesidad tutorial está con 37 adultos mayores con el 74%.



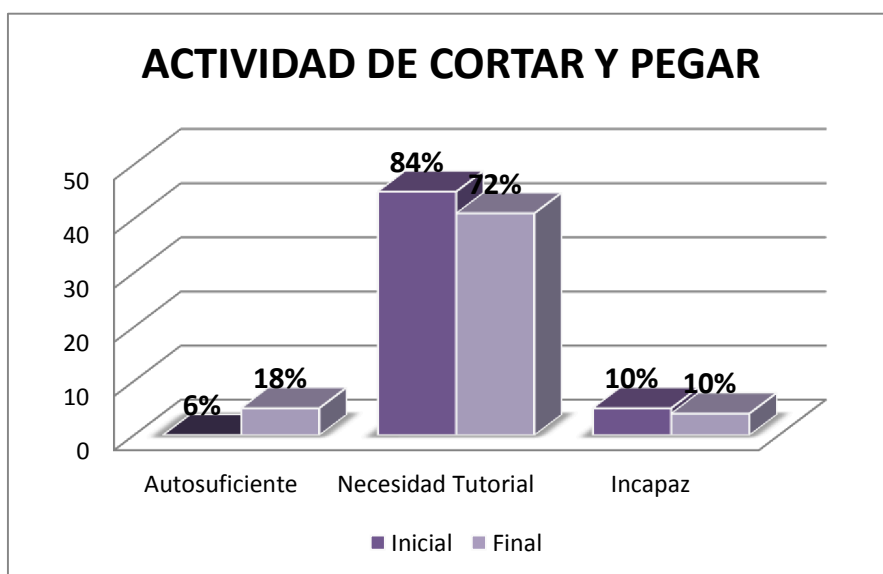
### CUADRO N° 6

EVALUACIONES DE PSICOMOTRICIDAD REFERENTES A LAS ACTIVIDADES DE MOTRICIDAD FINA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.

ACTIVIDAD DE CORTAR Y PEGAR	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Autosuficiente	3	6	9	18
Necesidad Tutorial	42	84	36	72
Incapaz	5	10	5	10
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: EVALUACIÓN DE PSICOMOTRICIDAD**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**



#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De la presente investigación se confirma que los adultos mayores internos atendidos en el Área de Rehabilitación de Terapia Ocupacional de FUNTEMAN, en la actividad de

cortar y pegar; la evaluación inicial 3 adultos mayores son autosuficientes con el 6%; 42 con necesidad tutorial con el 84%; y 5 son incapaz con el 10%.

La evaluación final presenta 9 adultos mayores son autosuficientes con el 18%, 36 con necesidad tutorial con el 72% y 5 son incapaz con el 10%.

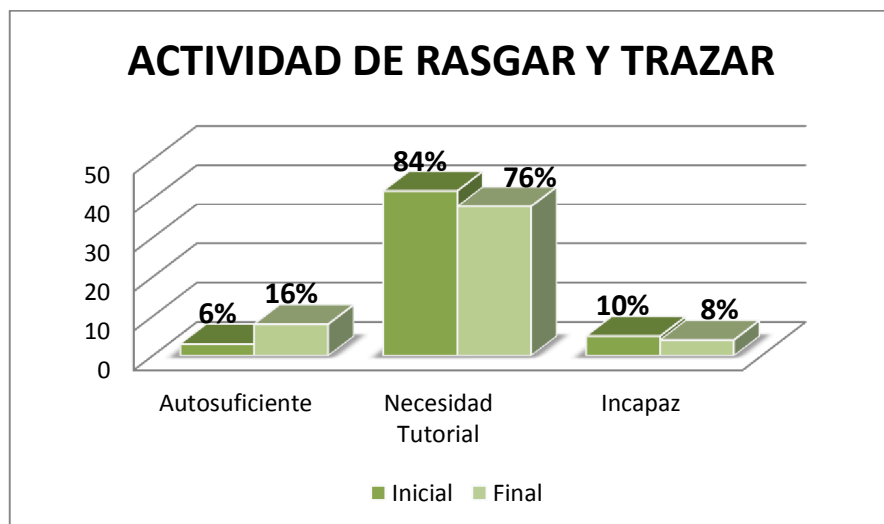
### CUADRO N° 7

EVALUACIONES DE PSICOMOTRICIDAD REFERENTES A LAS ACTIVIDADES DE MOTRICIDAD FINA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.

ACTIVIDAD DE RASGAR Y TRAZAR	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Autosuficiente	3	6	8	16
Necesidad Tutorial	42	84	38	76
Incapaz	5	10	4	8
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: EVALUACIÓN DE PSICOMOTRICIDAD

AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto



#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De la presente investigación se confirma que los adultos mayores internados en el Área de Rehabilitación de Terapia Ocupacional de FUNTEMAN, en la actividad de rasgar y trazar; en la evaluación inicial 3 adultos mayores son autosuficientes con el 6%; 42 con necesidad tutorial con el 84%; y 5 son incapaz con el 10%.

En la evaluación final 8 adultos mayores son autosuficientes con el 16%, 38 son necesidad tutorial 38 con el 76%, y 4 son incapaz con el 8%.

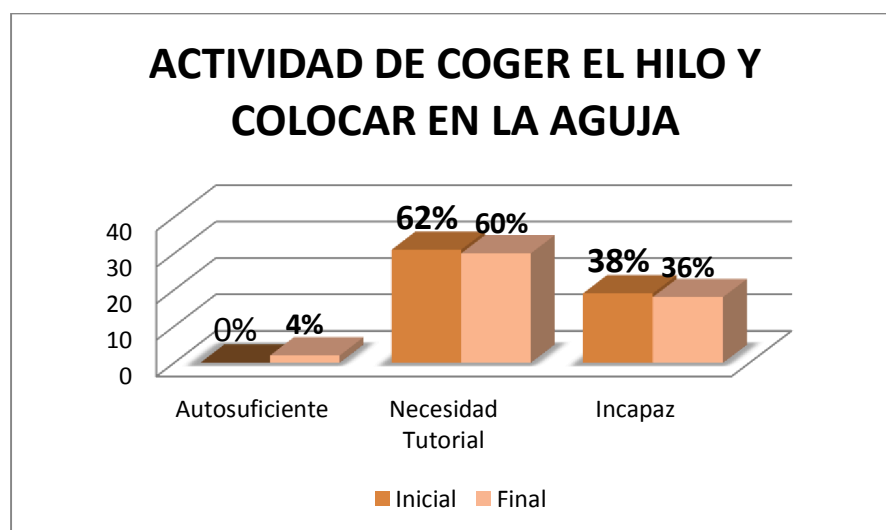
### CUADRO N° 8

EVALUACIONES DE PSICOMOTRICIDAD REFERENTES A LAS ACTIVIDADES DE MOTRICIDAD FINA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.

ACTIVIDAD DE COGER EL HILO Y COLOCAR EN LA AGUJA	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Autosuficiente	0	0	2	4
Necesidad Tutorial	31	62	30	60
Incapaz	19	38	18	36
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: EVALUACIÓN DE PSICOMOTRICIDAD**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

De la presente investigación se confirma que los adultos mayores internos atendidos en el Área de Rehabilitación de Terapia Ocupacional de FUNTEMAN, en la actividad de coger hilo y colocar en la ajuga; en la evaluación inicial autosuficiente no presenta ninguna frecuencia; 31 con necesidad tutorial con el 62%; y 19 son incapaz con el 38%.

En la evaluación final 2 adultos mayores son autosuficientes con el 4%, 30 son necesidad tutorial con el 60% y 18 son incapaz con el 36%.

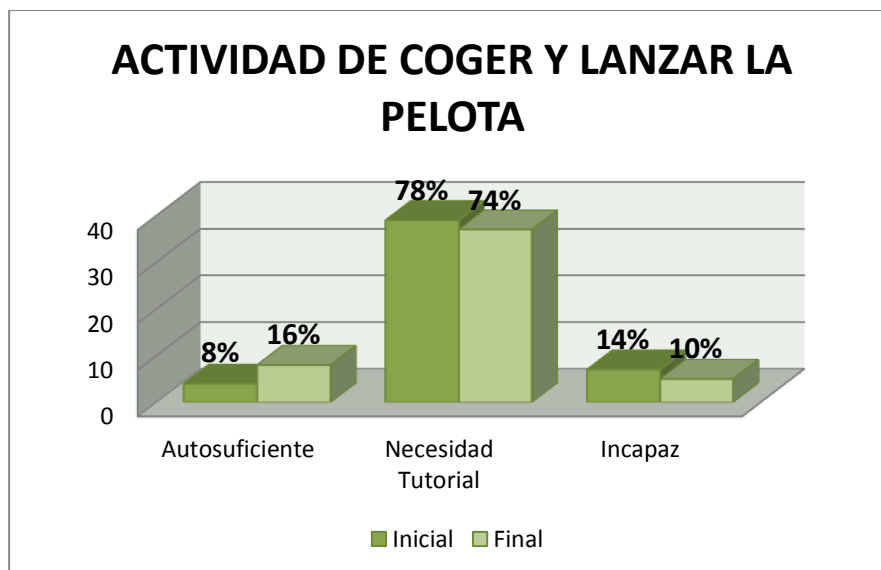
### CUADRO N° 9

EVALUACIONES DE PSICOMOTRICIDAD REFERENTES A LAS ACTIVIDADES DE MOTRICIDAD GRUESA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.

ACTIVIDAD DE COGER Y LANZAR LA PELOTA	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Autosuficiente	4	8	8	16
Necesidad Tutorial	39	78	37	74
Incapaz	7	14	5	10
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: EVALUACIÓN DE PSICOMOTRICIDAD**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**



#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De la presente investigación se confirma que los adultos mayores internos atendidos en el Área de Rehabilitación de Terapia Ocupacional de FUNTEMAN, en la actividad de coger y lanzar la pelota; en la evaluación inicial 4 adultos mayores son autosuficientes con el 8%; 39 con necesidad tutorial con el 78%; y 7 son incapaz con el 14%.

En la evaluación final 8 adultos mayores son autosuficientes con el 16%, 37 son necesidad tutorial con el 74% y 5 son incapaz con el 10%.

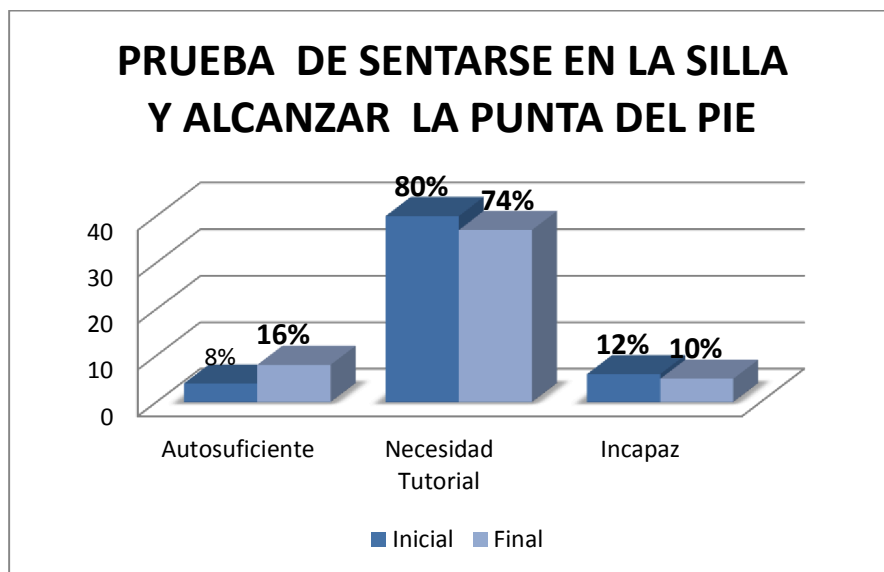
### CUADRO N° 10

PRUEBA DE PSICOMOTRICIDAD REFERENTES A LAS ACTIVIDADES DE MOTRICIDAD GRUESA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.

PRUEBA DE SENTARSE EN LA SILLA Y ALCANZAR LA PUNTA DEL PIE	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Autosuficiente	4	8	8	16
Necesidad Tutorial	40	80	37	74
Incapaz	6	12	5	10
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: EVALUACIÓN DE PSICOMOTRICIDAD**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De la presente investigación se confirma que los adultos mayores internos atendidos en el Área de Rehabilitación de Terapia Ocupacional de FUNTEMAN, en la prueba de sentarse en la silla y alcanzar la punta del pie; en la evaluación inicial 4 son

autosuficientes con el 8%; 40 con necesidad tutorial con el 80%; y 6 son incapaz con el 12%.

En la evaluación final 8 adultos mayores son autosuficientes con el 16%, 37 con necesidad tutorial con el 74% y 5 son incapaz con el 10%.



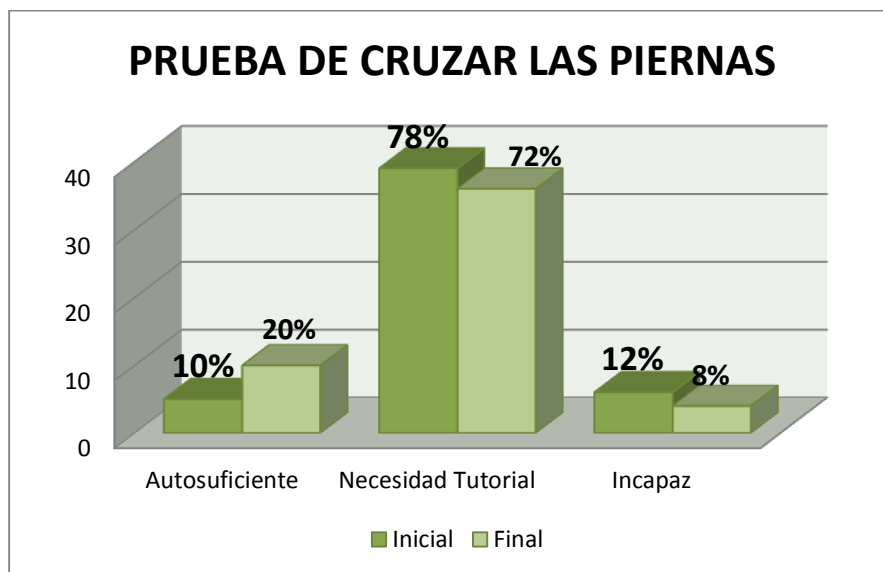
**CUADRO N° 11**

PRUEBA DE PSICOMOTRICIDAD REFERENTES A LAS ACTIVIDADES DE MOTRICIDAD GRUESA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.

PRUEBA DE CRUZAR LAS PIERNAS	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Autosuficiente	5	10	10	20
Necesidad Tutorial	39	78	36	72
Incapaz	6	12	4	8
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: EVALUACIÓN DE PSICOMOTRICIDAD**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**



**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Al examinar los datos estadísticos, nos señala que en la prueba de cruzar las piernas; en la evaluación inicial 5 adultos mayores son autosuficientes con el 10%; 39 con necesidad tutorial con el 78%; y 6 incapaz con el 12%.

Evaluación final 10 adultos mayores son autosuficientes con el 20%, 36 con necesidad tutorial con el 72%, y 4 son incapaz con el 8%.

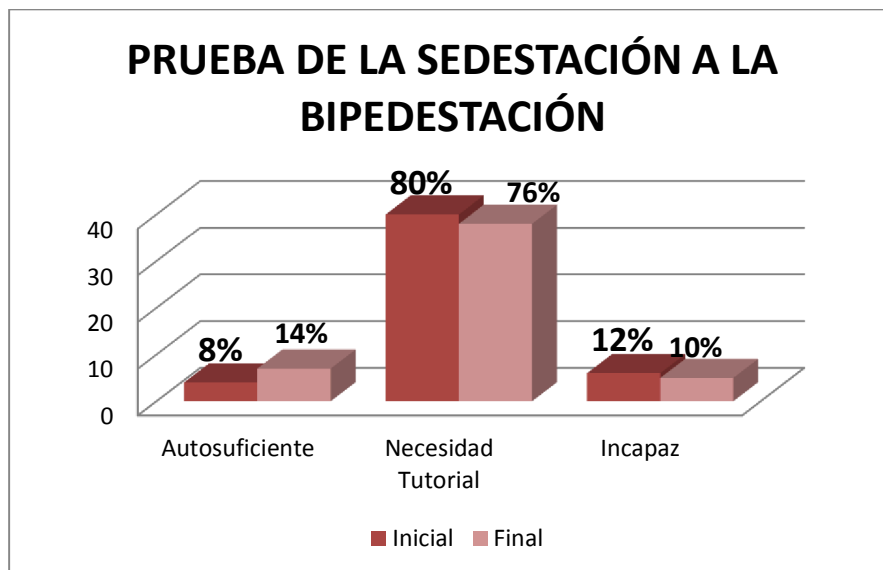
## CUADRO N° 12

ACTIVIDADES DE PSICOMOTRICIDAD REFERENTES A LAS ACTIVIDADES DE MOTRICIDAD GRUESA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.

PRUEBA DE LA SEDESTACIÓN A LA BIPEDESTACIÓN	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Autosuficiente	4	8	7	14
Necesidad Tutorial	40	80	38	76
Incapaz	6	12	5	10
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: EVALUACIÓN DE PSICOMOTRICIDAD

AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al examinar los datos estadísticos, nos señala que en la prueba de colocarse de la sedestación a la bipedestación; evaluación inicial 4 adultos mayores son autosuficientes con el 8%; 40 con necesidad tutorial con el 80%; y 6 incapaz con el 12%.

En la evaluación final 7 adultos mayores son autosuficientes con el 14%, 38 con necesidad tutorial con el 76% y 5 son incapaz con el 10%.

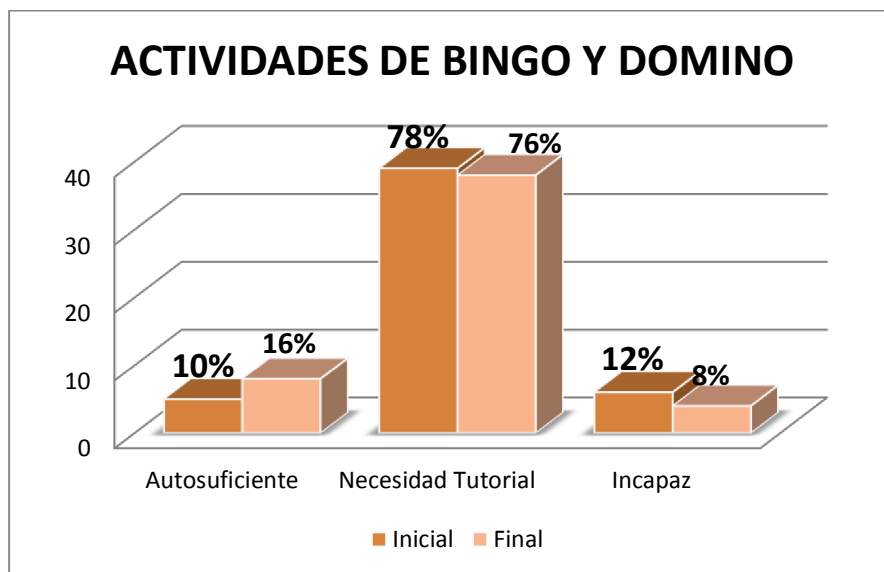
**CUADRO N° 13**

ACTIVIDADES DE PSICOMOTRICIDAD REFERENTES A LAS ACTIVIDADES DE MESA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.

ACTIVIDADES DE BINGO Y DOMINO	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Autosuficiente	5	10	8	16
Necesidad Tutorial	39	78	38	76
Incapaz	6	12	4	8
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: EVALUACIÓN DE PSICOMOTRICIDAD**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**



**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Al observar este cuadro podemos ver en las actividades de mesa; evaluación inicial 5 adultos mayores son autosuficientes con el 10%; 39 con necesidad tutorial con el 78%; y 6 son incapaz con el 12%.

Evaluación final 8 adultos mayores son autosuficientes con el 16%, 38 son necesidad tutorial con el 76% y 4 son incapaz con el 8%.

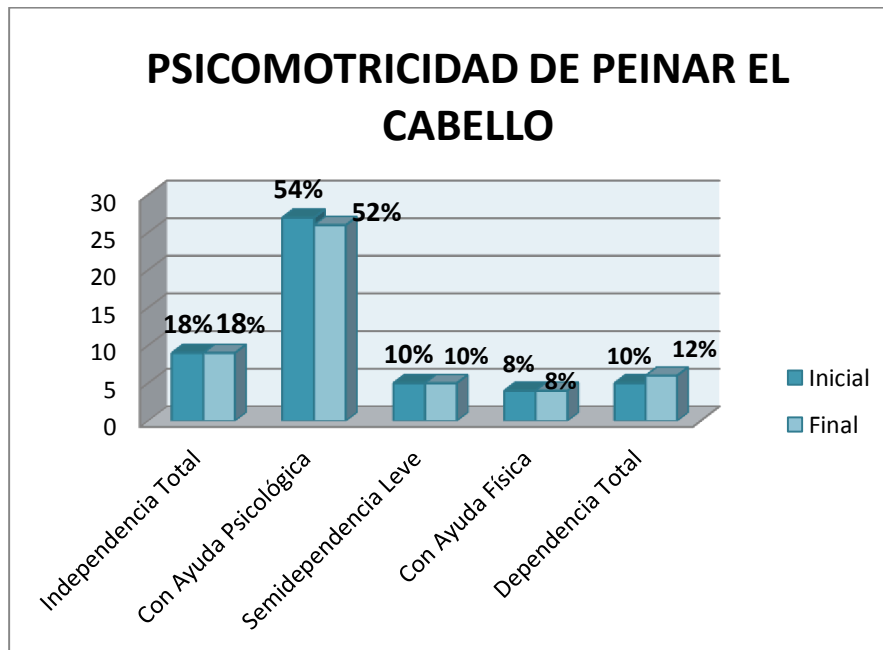
CUADRO N° 14

PSICOMOTRICIDAD FINA DE A.V.D EN CUANTO A LAS ACTIVIDADES DE ASEO Y ARREGLO PERSONAL EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE 2012.

PSICOMOTRICIDAD DE PEINAR EL CABELLO	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Independencia Total	9	18	9	18
Con Ayuda Psicológica	27	54	26	52
Semidependencia Leve	5	10	5	10
Con ayuda física	4	8	4	8
Dependencia Total	5	10	6	12
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: EVALUACIÓN DE A.V.D

AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Al examinar los datos estadísticos, nos señala que en la actividad de peinar el cabello; evaluación inicial 9 adultos mayores son independiente total con el 18%; 27 con ayuda psicológica con el 54%; 5 con semidependencia leve con el 10%; 4 con ayuda física con el 8%; y 5 dependencia total con el 10%.

La evaluación final 9 adultos mayores tiene independencia total con el 18%, 26 con ayuda psicológica con el 52%, 5 con semidependencia leve con el 10%, 4 con ayuda física con el 8%, y 6 con dependencia total con el 12%.

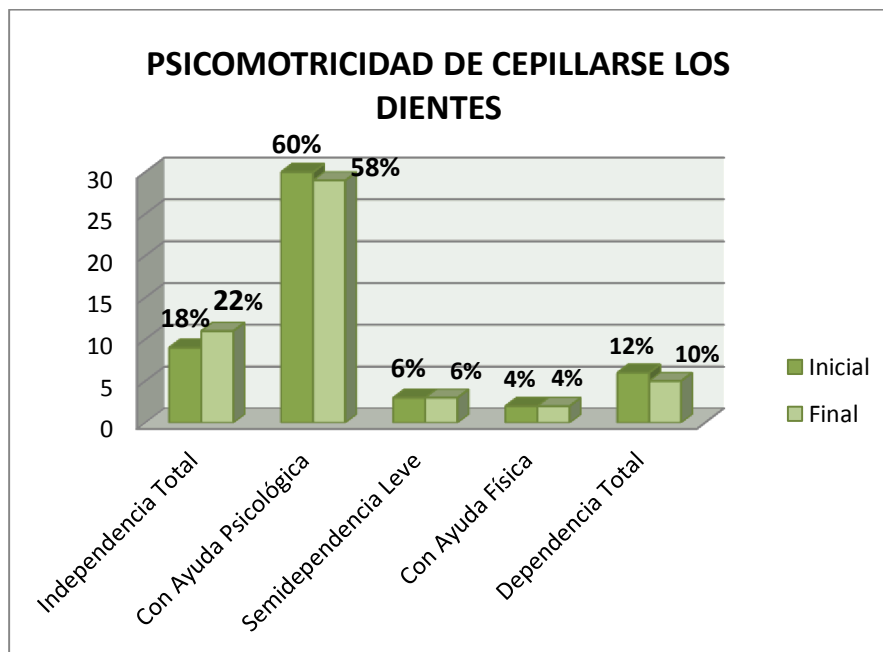
CUADRO N° 15

PSICOMOTRICIDAD FINA DE A.V.D EN CUANTO A LAS ACTIVIDADES DE ASEO Y ARREGLO PERSONAL EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE 2012.

PSICOMOTRICIDAD DE CEPILLARSE LOS DIENTES	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Graduación				
Independencia Total	9	18	11	22
Con Ayuda Psicológica	30	60	29	58
Semidependencia Leve	3	6	3	6
Con ayuda física	2	4	2	4
Dependencia Total	6	12	5	10
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: EVALUACIÓN DE A.V.D

AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Al examinar los datos estadísticos, nos señala que en la actividad de cepillarse los dientes; en la evaluación inicial 9 adultos mayores son independiente total con el 18%; 30 con ayuda psicológica con el 60%; 3 con semidependencia leve con el 6%; 2 con ayuda física con el 4%; y 6 dependencia total con el 12%.

La evaluación final 11 adultos mayores tiene independencia total con el 22%, 29 con ayuda psicológica con el 58%, 3 con semidependencia leve con el 6%, 2 con ayuda física con el 4%, y 5 con dependencia total con el 10%.

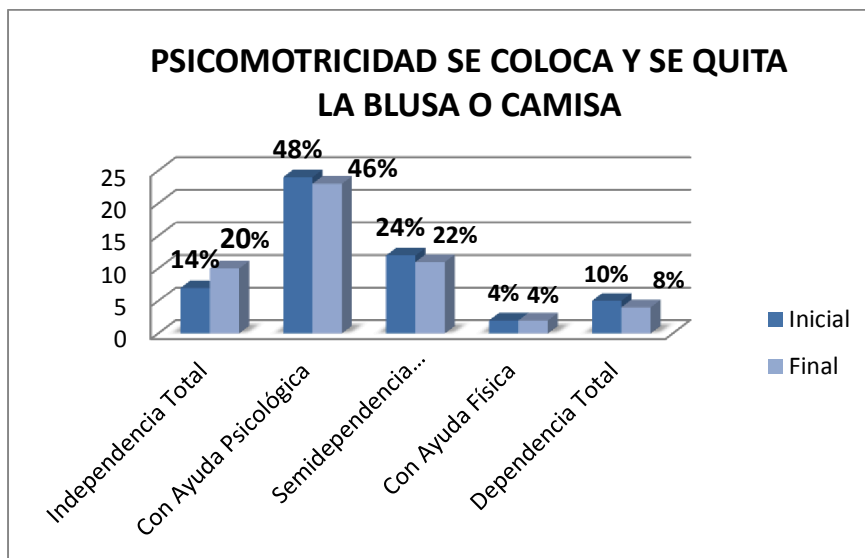
**CUADRO N° 16**

**PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE A.V.D EN CUANTO A LAS ACTIVIDADES DE VESTUARIO EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE 2012.**

PSICOMOTRICIDAD SE COLOCA Y SE QUITA LA BLUSA O CAMISA	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Independencia Total	7	14	10	20
Con Ayuda Psicológica	24	48	23	46
Semidependencia Leve	12	24	11	22
Con ayuda física	2	4	2	4
Dependencia Total	5	10	4	8
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: EVALUACIÓN DE A.V.D**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**





## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Al examinar los datos estadísticos, nos señala que en la actividad de se coloca y se quita la blusa o camisa; evaluación inicial 7 adultos mayores son independiente total con el 14%; 24 con ayuda psicológica con el 48%; 12 con semidependencia leve con el 24%; 2 con ayuda física con el 4%; y 5 dependencia total con el 10%.

La evaluación final 10 adultos mayores tiene independencia total con el 20%, 23 con ayuda psicológica con el 46%, 11 con semidependencia leve con el 22%, 2 con ayuda física con el 4%, y 4 con dependencia total con el 8%.

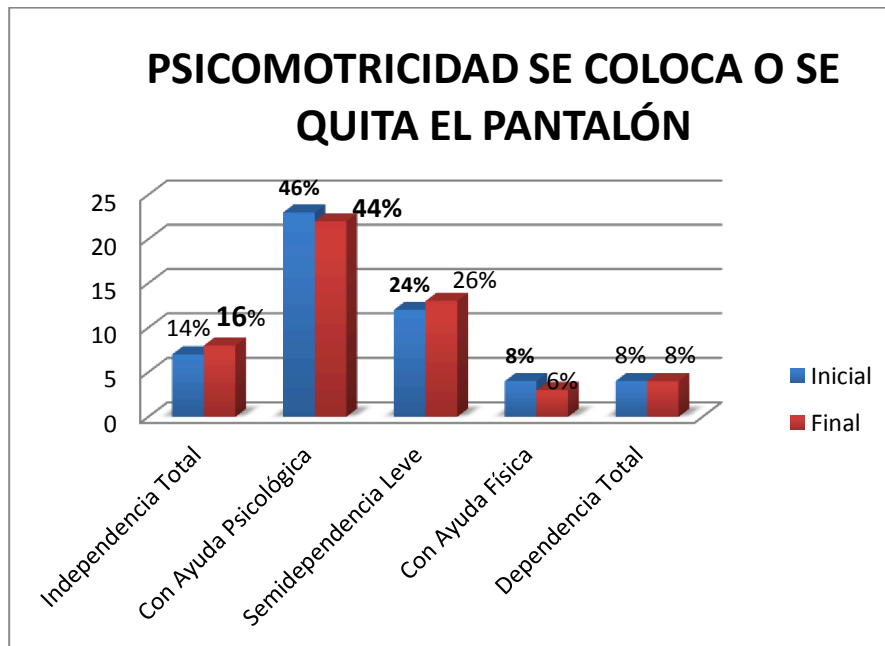
CUADRO N° 17

PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE A.V.D EN CUANTO A LAS ACTIVIDADES DE VESTUARIO EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE 2012.

PSICOMOTRICIDAD SE COLOCA O SE QUITA EL PANTALÓN	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Independencia Total	7	14	8	16
Con Ayuda Psicológica	23	46	22	44
Semidependencia Leve	12	24	13	26
Con ayuda física	4	8	3	6
Dependencia Total	4	8	4	8
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: EVALUACIÓN DE A.V.D

AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Al examinar los datos estadísticos, nos señala que en la actividad de se coloca o se quita el pantalón; evaluación inicial 7 adultos mayores son independiente total con el 14%; 23 con ayuda psicológica con el 46%; 12 con semidependencia leve con el 24%; 4 con ayuda física con el 8%; y 4 dependencia total con el 8%.

La evaluación final 8 adultos mayores tiene independencia total con el 16%, 22 con ayuda psicológica con el 44%, 13 con semidependencia leve con el 26%, 3 con ayuda física con el 6%, y 4 con dependencia total con el 8%.

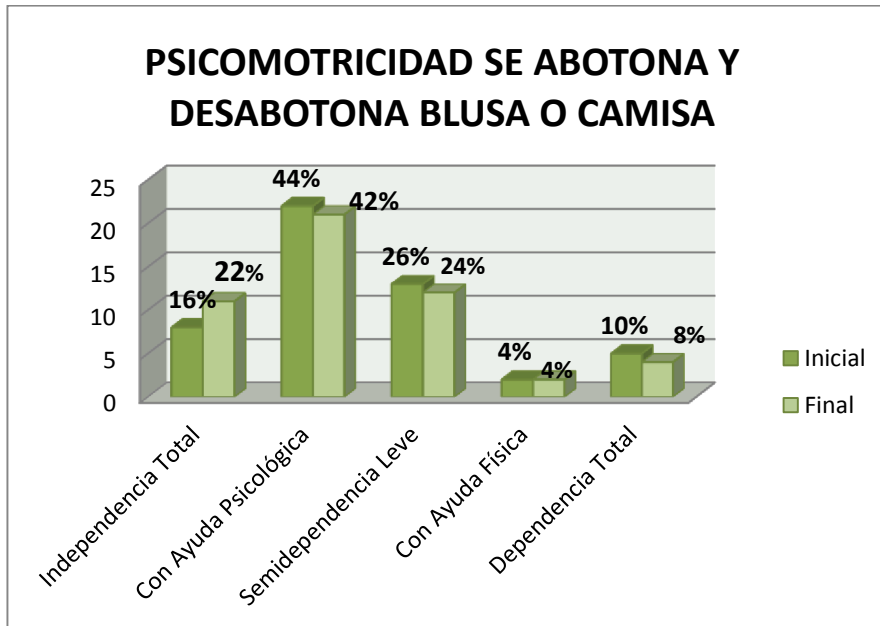
**CUADRO N° 18**

**PSICOMOTRICIDAD FINA DE A.V.D EN CUANTO A LAS ACTIVIDADES DE VESTUARIO EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE 2012.**

PSICOMOTRICIDAD SE ABOTONA Y DESABOTONA BLUSA O CAMISA	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Independencia Total	8	16	11	22
Con Ayuda Psicológica	22	44	21	42
Semidependencia Leve	13	26	12	24
Con ayuda física	2	4	2	4
Dependencia Total	5	10	4	8
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: EVALUACIÓN DE A.V.D**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Al examinar los datos estadísticos, nos señala que en la actividad de, se abotona y desabotona blusa o camisa; evaluación inicial 8 adultos mayores son independiente total con el 16%; 22 con ayuda psicológica con el 44%; 13 con semidependencia leve con el 26%; 2 con ayuda física con el 4%; y 5 dependencia total con el 10%.

La evaluación final 11 adultos mayores tiene independencia total con el 22%, 21 con ayuda psicológica con el 42%, 12 con semidependencia leve con el 24%, 2 con ayuda física con el 4%, y 4 con dependencia total con el 8%.

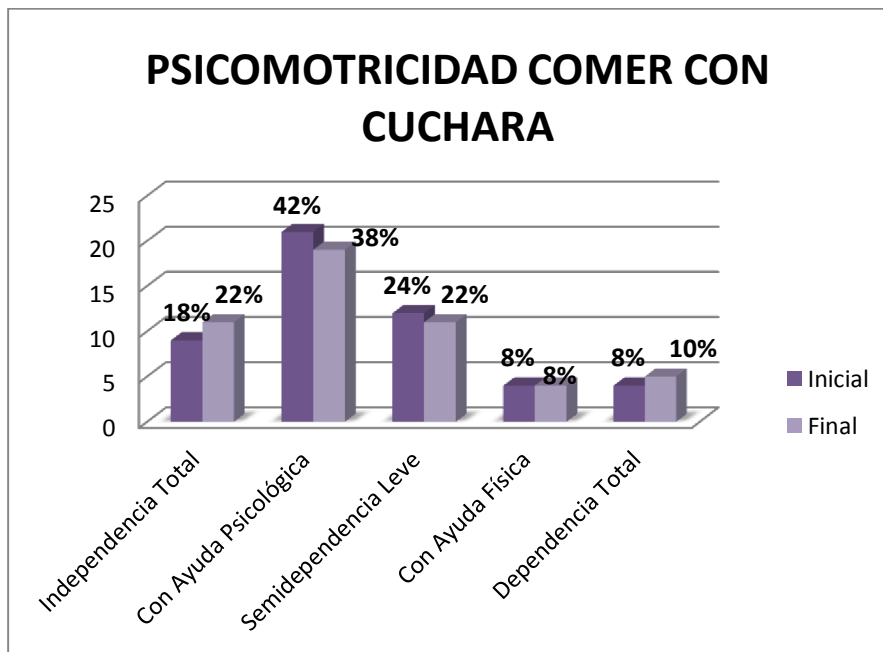
**CUADRO N° 19**

**PSICOMOTRICIDAD FINA DE A.V.D EN CUANTO A LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE 2012.**

PSICOMOTRICIDAD COMER CON CUCHARA	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Independencia Total	9	18	11	22
Con Ayuda Psicológica	21	42	19	38
Semidependencia Leve	12	24	11	22
Con ayuda física	4	8	4	8
Dependencia Total	4	8	5	10
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: EVALUACIÓN DE A.V.D**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Al examinar los datos estadísticos, nos señala que en la actividad de comer con cuchara; evaluación inicial 9 adultos mayores son independiente total con el 18%; 21 con ayuda psicológica con el 42%; 12 con semidependencia leve con el 24%; 4 con ayuda física con el 8%; y 4 dependencia total con el 8%.

La evaluación final 11 adultos mayores tiene independencia total con el 22%, 19 con ayuda psicológica con el 38%, 11 con semidependencia leve con el 22%, 4 con ayuda física con el 8%, y 5 con dependencia total con el 10%.

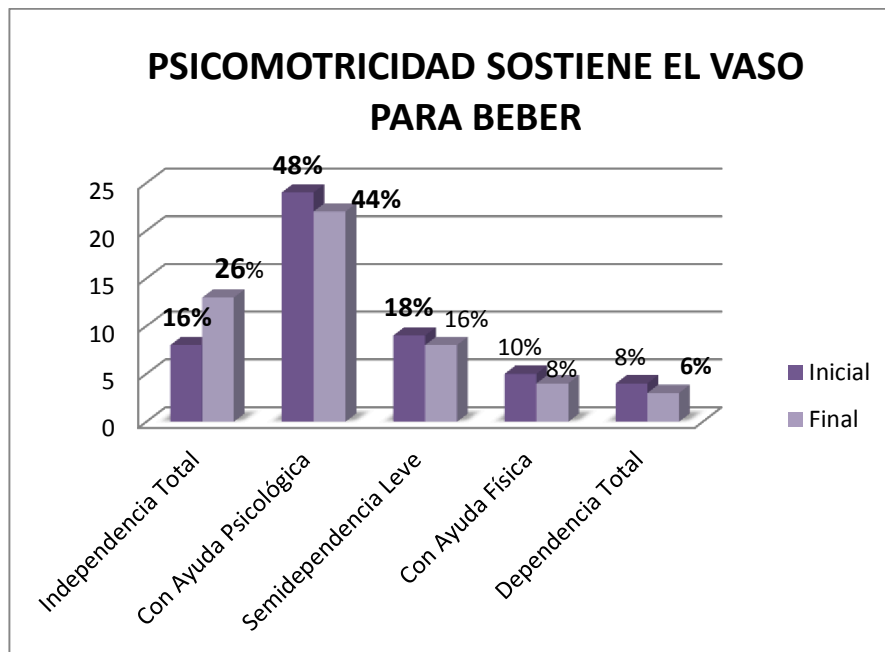
**CUADRO N° 20**

**PSICOMOTRICIDAD FINA DE A.V.D EN CUANTO A LAS ACTIVIDADES DE ASEO Y ARREGLO PERSONAL EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE 2012.**

PSICOMOTRICIDAD SOSTIENE EL VASO PARA BEBER	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Independencia Total	8	16	13	26
Con Ayuda Psicológica	24	48	22	44
Semidependencia Leve	9	18	8	16
Con ayuda física	5	10	4	8
Dependencia Total	4	8	3	6
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: EVALUACIÓN DE A.V.D**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**





## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Al examinar los datos estadísticos, nos señala que la actividad de sostiene el vaso para beber; evaluación inicial 8 adultos mayores son independiente total con el 16%; 24 con ayuda

psicológica con el 48%; 9 con semidependencia leve con el 18%; 5 con ayuda física con el 10%; y 4 dependencia total con el 8%.

La evaluación final 13 adultos mayores tiene independencia total con el 26%, 22 con ayuda psicológica con el 44%, 8 con semidependencia leve con el 16%, 4 con ayuda física con el 8%, y 3 con dependencia total con el 6%.

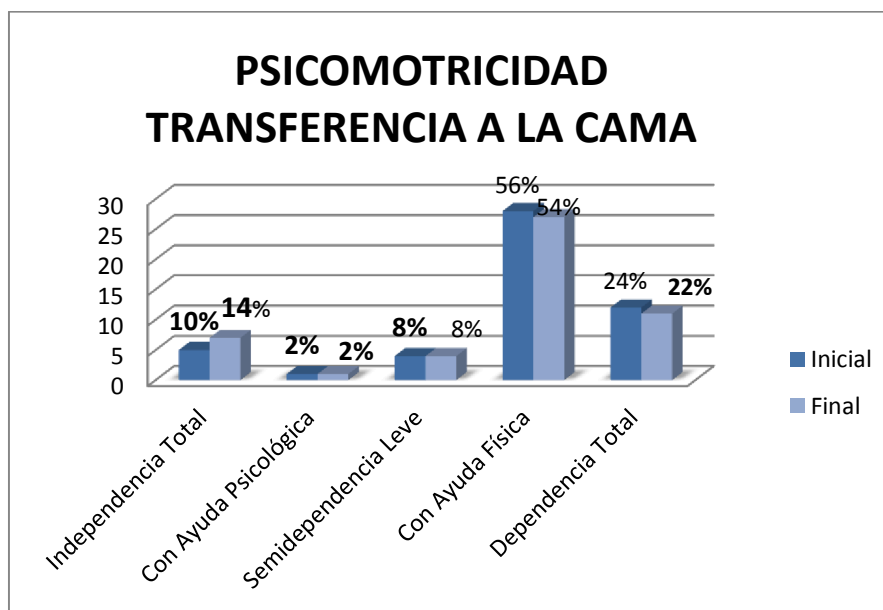
**CUADRO N°21**

**PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE A.V.D EN CUANTO A LAS ACTIVIDADES DE TRASLADO EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE 2012.**

PSICOMOTRICIDAD TRANSFERENCIA A LA CAMA	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Independencia Total	5	10	7	14
Con Ayuda Psicológica	1	2	1	2
Semidependencia Leve	4	8	4	8
Con ayuda física	28	56	27	54
Dependencia Total	12	24	11	22
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: EVALUACIÓN DE A.V.D**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Al examinar los datos estadísticos, nos señala que la actividad de transferencia a la cama; evaluación inicial 5 adultos mayores son independiente total con el 10%; 1 con ayuda psicológica con el 2%; 4 con semidependencia leve con el 8%; 28 con ayuda física con el 56%; y 12 dependencia total con el 24%.

La evaluación final 7 adultos mayores tiene independencia total con el 14%, 1 con ayuda psicológica con el 2%, 4 con semidependencia leve con el 8%, 27 con ayuda física con el 54%, y 11 con dependencia total con el 22%.

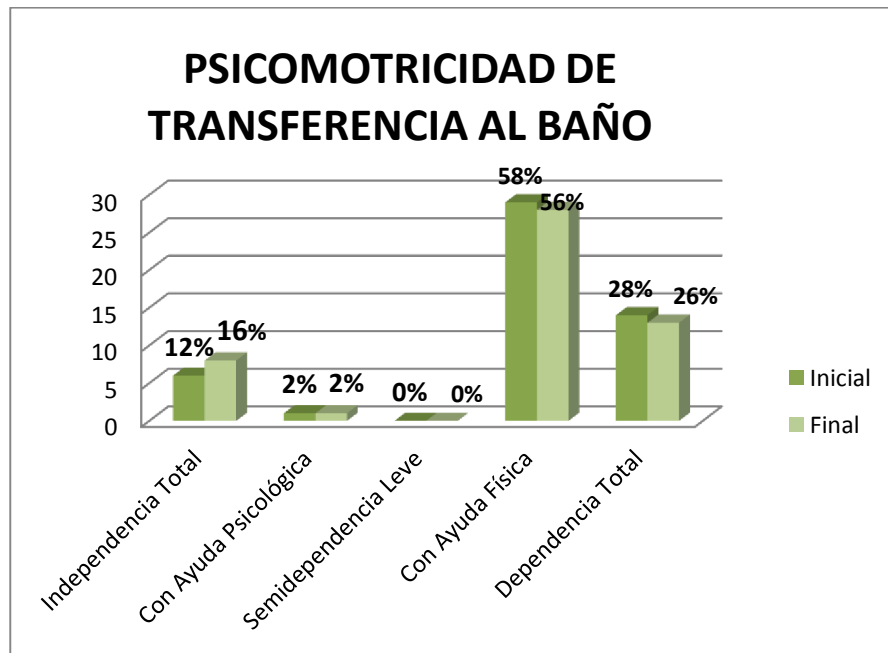
CUADRO N° 22

PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE A.V.D EN CUANTO A LAS ACTIVIDADES DE TRASLADOS EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE 2012.

PSICOMOTRICIDAD DE TRANSFERENCIA AL BAÑO	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Independencia Total	6	12	8	16
Con Ayuda Psicológica	1	2	1	2
Semidependencia Leve	0	0	0	0
Con ayuda física	29	58	28	56
Dependencia Total	14	28	13	26
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: EVALUACIÓN DE A.V.D

AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Al examinar los datos estadísticos, nos señala que la actividad de transferencia al baño; evaluación inicial 6 adultos mayores son independiente total con el 12%; 1 con ayuda psicológica con el 2%; semidependencia leve no presenta frecuencia; 29 con ayuda física con el 58%; y 14 dependencia total con el 28%.

La evaluación final 8 adultos mayores tiene independencia total con el 16%, 1 con ayuda psicológica con el 2%, semidependencia leve no presenta frecuencia, 28 con ayuda física con el 56%, y 13 con dependencia total con el 26%.

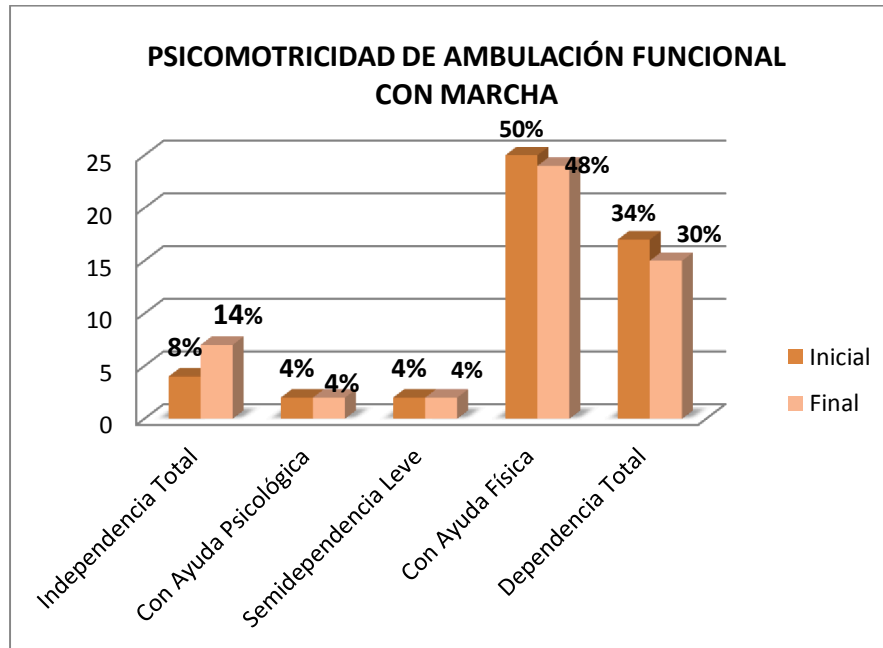
CUADRO N° 23

PSICOMOTRICIDAD GRUESA DE A.V.D EN CUANTO A LAS ACTIVIDADES DE TRASLADOS EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE 2012.

PSICOMOTRICIDAD DE AMBULACIÓN FUNCIONAL CON MARCHA	E. INICIAL		E. FINAL	
	F	%	F	%
Independencia Total	4	8	7	14
Con Ayuda Psicológica	2	4	2	4
Semidependencia Leve	2	4	2	4
Con ayuda física	25	50	24	48
Dependencia Total	17	34	15	30
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: EVALUACIÓN DE A.V.D

AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Al examinar los datos estadísticos, nos señala que la actividad de ambulación funcional con marcha; 4 adultos mayores son independiente total con el 8%; 2 con ayuda psicológica con el 4%; 2 con semidependencia leve con el 4%; 25 con ayuda física con el 50%; y 17 dependencia total con el 34%.

La evaluación final 7 adultos mayores tiene independencia total con el 14%, 2 con ayuda psicológica con el 4%, 2 con semidependencia leve con el 4%, 24 con ayuda física con el 48%, y 15 con dependencia total con el 30%.

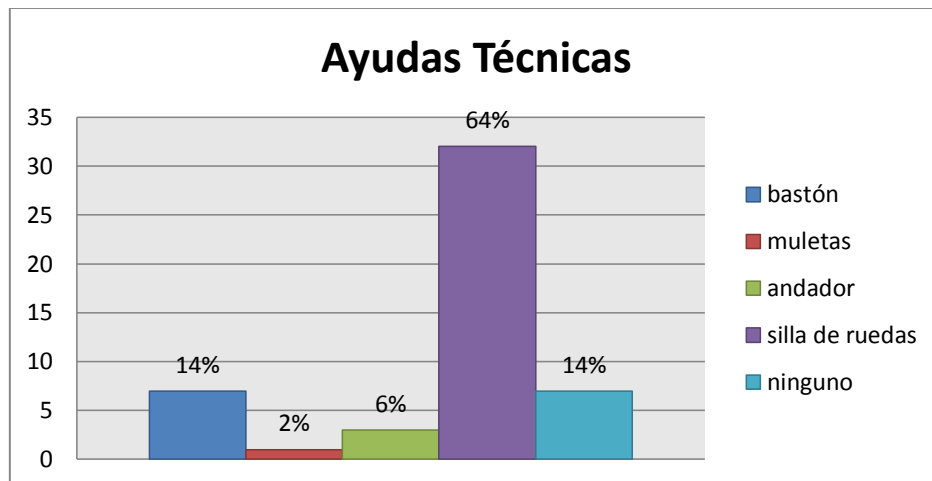
#### CUADRO N° 24

**EVALUACIONES DE A.V.D EN CUANTO A LAS ACTIVIDADES DE TRASLADOS EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.**

Ayudas Técnicas	FRECUENCIA	PORCENTAJE
bastón	7	14
muletas	1	2
andador	3	6
silla de ruedas	32	64
ninguno	7	14
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: EVALUACIÓN DE A.V.D**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**



#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al examinar los datos estadísticos, nos señala que las ayudas técnicas; 7 usan bastón 14%; 1 con muletas con el 2%; 3 con andador con el 6%; 32 con sillas con el 64%; y 7 ninguno con el 14%.

Predomina silla de ruedas con 32 adultos mayores con el 64%.



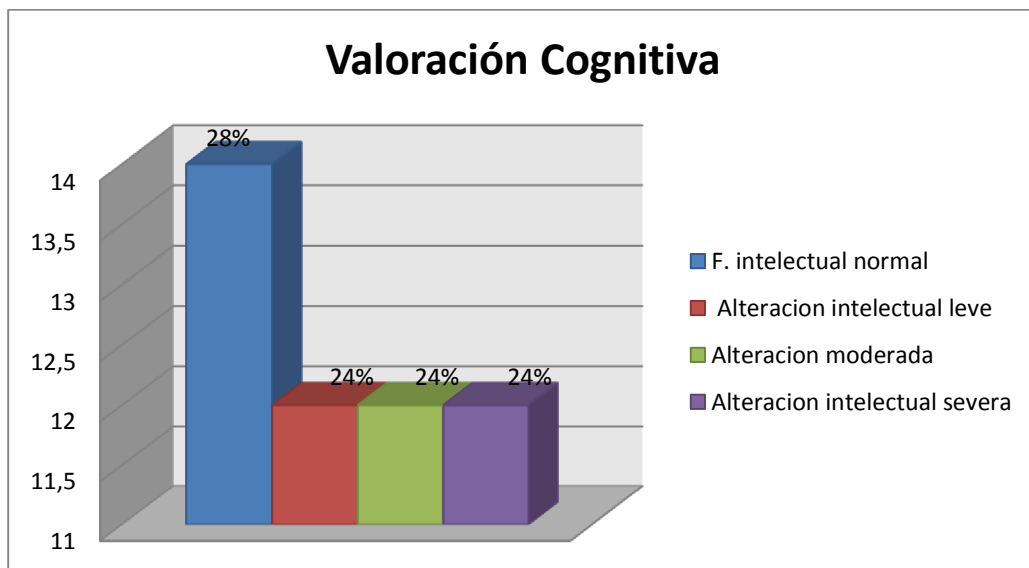
### CUADRO N° 25

EVALUACION DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL REFERENTE A LA VALORACIÓN COGNÍTIVA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE FUNTEMAN DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012

Valoración Cognitiva	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Funcionamiento intelectual normal	14	28
Alteración intelectual leve	12	24
Alteración moderada	12	24
Alteración intelectual severa	12	24
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: VALORACIÓN COGNITIVA**

**AUTOR: Ma. Fernanda Chávez Bazurto**



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al examinar los datos estadísticos, nos señala que en la valoración cognitiva; 14 adultos mayores con funcionamiento intelectual normal con el 28%; 12 con alteración intelectual leve con el 24%; 12 con alteración moderada con el 24%; y 12 con alteración intelectual severa con el 24%.

Predomina funcionamiento intelectual normal con 14 adultos mayores con el 28%.

### **SÍNTESIS DE TRABAJO DE CAMPO**

En el cuadro nº1 observamos el porcentaje según el sexo de los adultos mayores internos de FUNTEMAN en donde predomina el sexo femenino con una frecuencia de 26 que corresponden al 52%.

- Cuadro nº2 porcentaje según la edad de los adultos mayores internos de FUNTEMAN predomina el grupo de edad de 62-72 años con una frecuencia de 12 adultos mayores con el 40%.

-Cuadro nº 3 incidencias de acuerdo al padecimiento de patologías que presentan los adultos mayores internos de FUNTEMAN predomina la enfermedad neurológica con 43 adultos mayores dando un 86%.

-Cuadro nº4 de acuerdo a las evaluaciones de psicomotricidad en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a la actividad de motricidad fina de lijar predomina la necesidad tutorial con 45 adultos mayores con el 90%.

-Cuadro nº5 de acuerdo a las evaluaciones de psicomotricidad en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a la actividad de motricidad fina de corrugar predomina la necesidad tutorial con 40 adultos mayores con el 80%.

-Cuadro nº6 de acuerdo las evaluaciones de psicomotricidad en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a la actividad de motricidad fina de la actividad de cortar y pegar predomina la necesidad tutorial con 42 adultos mayores con el 84%.

-Cuadro nº7 de acuerdo a las evaluaciones de psicomotricidad en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a la actividad de motricidad fina de la actividad de rasgar y trazar predomina la necesidad tutorial con 42 adultos mayores con el 84%.

-Cuadro nº8 de acuerdo a las evaluaciones de psicomotricidad de los adultos mayores de FUNTEMAN referente a la actividad de motricidad fina de la actividad de coger el hilo y colocar en la aguja predomina la necesidad tutorial con 31 adultos mayores con el 62%.

-Cuadro nº9 de acuerdo a las evaluaciones de psicomotricidad de los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a la actividad de motricidad fina de la actividad de coger y lanzar la pelota predomina la necesidad tutorial con 39 adultos mayores con el 78%.

- Cuadro nº10 de acuerdo a las evaluaciones de psicomotricidad de los adultos mayores de FUNTEMAN referente a la actividad de motricidad gruesa de la prueba de sentarse en la silla y alcanzar la punta del pie predomina la necesidad tutorial con 40 adultos mayores con el 80%.
- Cuadro nº11 de acuerdo a las evaluaciones de psicomotricidad de los adultos mayores de FUNTEMAN referente a la actividad de motricidad gruesa de la prueba de cruzar las piernas predomina la necesidad tutorial con 39 adultos mayores con el 78%.
- Cuadro nº12 de acuerdo a las evaluaciones de psicomotricidad de los adultos mayores de FUNTEMAN referente a la actividad de motricidad gruesa de la prueba de colocarse de la sedestación a la bipedestación predomina la necesidad tutorial con 40 adultos mayores con el 80%
- Cuadro nº13 de acuerdo a las evaluaciones de psicomotricidad de los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a las actividades de mesa de bingo y domino predomina la necesidad tutorial con 39 adultos mayores con el 78%.
- Cuadro nº14 de acuerdo a las evaluaciones de AVD en aseo y arreglo personal en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a las actividad de peinar el cabello predomina la ayuda psicológica con 27 adultos mayores con el 54%.
- Cuadro nº15 de acuerdo a las evaluaciones de AVD en aseo y arreglo personal en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a las actividad de cepillarse los dientes predomina la ayuda psicológica con 30 adultos mayores con el 60%.
- Cuadro nº16 de acuerdo a las evaluaciones de AVD en vestuario en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a las actividad de que se coloca y se quita la blusa predomina la ayuda psicológica con 24 adultos mayores con el 48%.
- Cuadro nº17 de acuerdo a las evaluaciones de AVD en vestuario en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a las actividad de que se coloca y se quita el pantalón predomina la ayuda psicológica con 23 adultos mayores con el 46%.
- Cuadro nº18 de acuerdo a las evaluaciones de AVD en vestuario en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a las actividad se abotona y desabotona blusa o camisa predomina la ayuda psicológica con 22 adultos mayores con el 44%.

- Cuadro n°19 de acuerdo a las evaluaciones de AVD en alimentación en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a las actividad de comer con cuchara predomina la ayuda psicológica con 21 adultos mayores con el 42%.
- Cuadro n°20 de acuerdo a las evaluaciones de AVD en alimentación en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a las actividad de sostiene el vaso para beber predomina la ayuda psicológica con 24 adultos mayores con el 48%.
- Cuadro n°21 de acuerdo a las evaluaciones de AVD en traslados en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a las actividad de transferencia a la cama predomina la ayuda física con 28 adultos mayores con el 56%.
- Cuadro n°22 de acuerdo a las evaluaciones de AVD en traslados en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a las actividad de transferencia al baño predomina la ayuda física con 29 adultos mayores con el 58%.
- Cuadro n°23 de acuerdo a las evaluaciones de AVD de traslados en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a las actividad de ambulación funcional con marcha predomina la ayuda física con 25 adultos mayores con el 50%.
- Cuadro n°24 de acuerdo a las evaluaciones de AVD de traslados en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a las actividad de ayudas técnicas predomina la utilización de sillas de ruedas con 32 adultos mayores con el 64%.
- Cuadro n°25 de acuerdo a las evaluaciones del estado mental y emocional en los adultos mayores internos de FUNTEMAN referente a la valoración cognitiva predomina el funcionamiento intelectual normal con 14 adultos mayores con el 28%.

## **COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y VARIABLES**

### **HIPÓTESIS GENERAL**

**Determinar la incidencia de las actividades de psicomotricidad de los adultos mayores internos en la fundación para la tercera edad de san pablo de manta (FUNTEMAN) que permitirá favorecer y mejorar la calidad de vida.**

Dada la incidencia de las actividades de psicomotricidad en los adultos mayores atendido en el área de terapia ocupacional de Funteman se determina que permite mejorar su calidad de vida y de salud y a un mayor desenvolvimiento en su vida personal dentro del entorno que los rodea, le permite mayor grado de funcionalidad.

### **HIPÓTESIS ALTERNATIVA**

**La valoración diagnóstica y tratamiento de Terapia Ocupacional en los síndromes invalidantes de los adultos mayores con problemas en las actividades de la vida diaria permitirá mejorar la falta de motivación e interés con respecto a la rehabilitación en forma favorable.**

La valoración diagnóstica y tratamiento de terapia ocupacional adecuado como es la aplicación de medios es decir materiales didácticos (pelota, ula, tableros de coordinación) materiales manuales, etc. que ayudará aliviar los síndromes invalidantes de los adultos mayores en donde se observa un mejoramiento de la sintomatología dolorosa durante la aplicación de la psicomotricidad en 31 adultos mayores.

### **OBJETIVO GENERAL**

**Facilitar un programa de psicomotricidad como actividad integradora del adulto mayor para mejorar la calidad de vida.**

Se comprobó en el cuadro nº 4 al cuadro nº13 de acuerdo al mejoramiento de la psicomotricidad de los adultos mayores internos de Funteman

#### **TAREAS CIENTIFICAS**

**Recuperar la mayor independencia del adulto mayor tras haber padecido síndromes invalidantes.**

En los cuadros, nº 4 al, nº25 podemos demostrar durante las evaluaciones mejorías de los síndromes invalidantes de los adultos mayores de FUNTEMAN.

**Motivar al adulto mayor a un programa de actividades psicomotrices.**

Se puede comprobar en los cuadros nº4, nº5, nº6, nº7, nº8, nº9, nº10, nº11, nº12, nº13, en la aplicación de las evaluaciones de psicomotricidad fina y gruesa para mejorar sus capacidades funcionales.

**Estimular sus capacidades funcionales en posición sedente, bipedestación y deambulación manteniendo la movilidad máxima del adulto mayor.**

No se ha logrado en su totalidad la máxima movilidad en los adultos mayores atendidos en el área de terapia ocupacional observamos en el cuadro nº25

7 adultos mayores utilizan bastón con el 14%, 1 con muleta con el 2%, 3 con andadores con el 6%, 32 con sillas de ruedas con el 64%, 7 con ninguno con el 14%.

**Mantener sus habilidades de comunicación y expresión corporal integrándolo a la sociedad.**

Mediante el cuadro nº13 podemos ver en las actividades de mesa; 5 adultos mayores son autosuficientes con el 10%; 39 con necesidad tutorial con el 78%; y 6 son incapaz con el 12%. Con estas actividades mantuvimos las habilidades de comunicación y expresión corporal de los adultos mayores de FUNTEMAN.

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

**Aplicación de actividades lúdicas y ejercicios corporales para mejorar la condición psicomotriz.**

Se puede comprobar en los cuadros nº4, nº5, nº6, nº7, nº8, nº9, nº10, nº11, nº12, nº13, para mejorar las actividades psicomotrices del adulto mayor de FUNTEMAN.

## **VARIABLE DEPENDIENTE**

### **Incidencia de las actividades de psicomotricidad.**

Se comprobó en el cuadro nº 25 aumentos de la actividad de psicomotricidad del adulto mayor.

## **VARIABLE INTERVINIENTE**

### **Mejorar la calidad de vida.**

En el cuadro nº26 y 27 se puede apreciar la mejoría de los adultos mayores.

## **VARIABLE INDEPENDIENTE**

### **Valoración diagnóstica y tratamiento de Terapia Ocupacional conociendo las condiciones de vida del grupo vulnerable.**

Se pudo tener un buen manejo de las patologías más frecuentes en los adultos mayores internos de FUNTEMAN lo cual podemos observar en el cuadro nº3 en donde muestra una mayor incidencia de enfermedad neurológica en 43 adultos mayores con un 86%.

## **VARIABLE DEPENDIENTE**

### **Actividades de la vida diaria.**

En los cuadros nº14 y 25 muestra las evaluaciones de las actividades de la vida diaria de los adultos mayores de FUNTEMAN.

## **VARIABLE INTERVINIENTE**

### **Mejorar la falta de motivación e interés del adulto mayor con respecto a la rehabilitación de terapia ocupacional.**

En el cuadro nº13 al observar podemos ver en las actividades de mesa; 5 adultos mayores son autosuficientes con el 10%; 39 con necesidad tutorial con el 78%; y 6 son incapaz con el 12%.

## CONCLUSIONES

- La patología más frecuente de los adultos mayores de Funteman es la enfermedad neurológica con un 86%, con problemas en la comunicación la cual va a presentar dificultad en el movimiento.
- La preparación y sensibilización corporal del adulto mayor se ha trabajado en actividades de la vida diaria como de alimentación, vestuario, cuidado personal, traslados para mejorar sus destrezas motoras finas y gruesas.
- Mediante las actividades de juegos se dio la oportunidad de desarrollar las capacidades cognitivas y sensoriales del adulto mayor mediante actividades lúdicas que ayuda en las dificultades de la marcha y desplazamiento.
- La psicomotricidad es una disciplina que nos favoreció para el dominio de los movimientos corporales y la comunicación que los adultos mayores van a establecer con el mundo que los rodea mediante actividades de mesa y domino con necesidad tutorial con el 78%.
- De esto podemos deducir que la edad cronológica no define el envejecimiento, si bien en nuestra sociedad parece que se acepta como punto de comienzo de esta etapa de la vida al momento correspondiente a la jubilación, es decir entendemos que la tercera comienza a los 62 años.
- La preparación y sensibilización corporal se trata de que la persona sienta y movilice todas las partes de su cuerpo. Se trabaja también con movilizaciones, de acuerdo al mejoramiento de las actividades con el 62% de los adultos mayores no presentan molestias dolorosas.
- La vejez un proceso que un estado, el envejecimiento como modificación de la condición de la existencia, es un proceso normal de la vida, que se caracteriza por modificaciones involutivas de orden anatómico, fisiológico, neurológico y psíquico De acuerdo al cuestionario del estado mental y emocional del adulto mayor el 24% presentan alteración intelectual severa; y el 28% con funcionamiento intelectual normal.



## **RECOMENDACIONES**

- Es aconsejable desarrollar hábitos en programas de cuidados y tratamientos de en los síndromes invalidantes más frecuentes en el adulto mayor atendido en FUNTEMAN.
- Se recomienda continuar con el programa de psicomotricidad para que los adultos mayores de Funteman tenga un buen rendimiento físico mediante actividades de motricidad fina y gruesa bajo la responsabilidad del terapeuta ocupacional.
- Mantener la independencia en las AVD en los síndromes invalidantes debemos aplicar medidas y de prevención contra la incapacidad así; llegar a conseguir las necesidades del adulto mayor; independencia, seguridad, estimulación y autoestima a través del desempeño de las tareas o roles.
- Seguir fomentando la imaginación y creatividad ejercitando la inteligencia, la memoria, la atención, la comprensión, y la expresión oral mediante actividades recreativas y creativas como las manualidades para el mejoramiento de la psicomotricidad.
- Se aconseja que con la guía del terapeuta ocupacional trabajar en el esquema corporal que implica diferenciar las distintas partes del cuerpo y realizar un adecuado control postural para corregir alteraciones posturales para evitar la aparición de rigidez y mejorar el tono muscular.
- Desarrollar actividades cognitivas enfocadas a mejorar y mantener la capacidad de concentración y atención de la persona en todas sus modalidades: atención focalizada, sostenida, selectiva y dividida orientación espacial de la atención, nivel de alerta y atención ejecutiva.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Días Polares MD. Atención al anciano en la comunidad. Ramos Calero E. Enfermería comunitaria: Métodos y Técnicas. Madrid: 2da ed. Madrid: DAE, 2002. P. 343-357.

Lorenzo Rosales, Leopoldo (2008) “Estrategia de educación para la salud desde la educación física para adultos mayores”.

Molinas de Rondinas J. Ocupación y significado: aportes de la terapia Ocupacional desde un modelo construcción

Entrevista [Internet]. Terapia Ocupacional.com: El portal de Terapia Ocupacional. Disponible en: <http://www.terapia>

[Ocupacional.com/articulos/Ocupacion\\_significado\\_constructivismo\\_Molinas\\_Rondina.shtml](http://www.terapia.com/articulos/Ocupacion_significado_constructivismo_Molinas_Rondina.shtml)

Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez. Metodología de la Investigación Cualitativa. 2ª ed. Málaga: Ediciones aljibe; 1999

Kielhofner G. Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª ed. Buenos Aires  
Salgado Lévano A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación de rigor Metodológico y re

Moruno Millares P, Romero Ayuso D. Definición de la terapia ocupacional. En: Moruno Millares P, Romero Ayuso D. Terapia Ocupacional: teoría

ANEMOS

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

NOMBRES:.....FECHA DE NACIMIENTO.....

EDAD:.....FECHA DE INGRESO.....

SEXO.....FECHA DE REEVALUACION.....

PATOLOGIA.....

### **EVALUACION DE PSICOMOTRICIDAD**

#### **MÉTODO DE GRADUACIÓN:**

1. AUTOSUFICIENTE - 2.NECESIDAD TUTORIAL - 3.INCAPAZ

#### **1. ACTIVIDADES DE MOTRICIDAD FINA.**

- Lijar
- Corrugar
- Cortar y pegar
- Rasgar y trazar
- Coger hilo y colocar en la aguja

#### **2. ACTIVIDADES DE MOTRICIDAD GRUESA.**

- Prueba de coger y lanzar la pelota
- Prueba de sentarse en la silla y alcanzar la punta del pie
- Prueba de cruzar las piernas
- Colocarse de la sedestación a la bipedestación

#### **3. ACTIVIDADES DE MESA.**

- Bingo
- Domino

**EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS ACTIVIDADES DE  
LA VIDA DIARIA**

**METODO DE GRADUACION:**

- 1.-Independencia total
- 2.-Con ayuda psicológica
- 3.-Semidependencia leve
- 4.-Con ayuda física
- 5.-Dependencia total

**1.- Actividades de aseo y arreglo personal.**

- Peinar el cabello
- Cepillarse los dientes

**2.- Actividades de vestuario.**

- Se coloca y se quita blusa o camisa
- Se coloca o se quita pantalón
- Se abotona y desabotona blusa o camisa

**3.- Actividades de alimentación.**

- Come con cuchara
- Sostiene el vaso para beber

**4.- Actividades de traslados**

- Transferencia a la cama
- Transferencia al baño
- Ambulación funcional con marcha

### 5.- Ayudas técnicas

- Bastón
- Muleta
- Andador
- Silla de ruedas
- Ninguno

**Recomendaciones:**

**Conclusión:**

**Observaciones:**

## Cuestionario del estado mental y emocional del adulto mayor

### Valoración cognitiva

**1. Por favor, dígame la fecha de hoy.**

- Mes \_\_\_\_\_
- Día mes \_\_\_\_\_
- Año \_\_\_\_\_
- Día semana \_\_\_\_\_
- Total: \_\_\_\_\_

**2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.**

- Árbol \_\_\_\_\_
- Mesa \_\_\_\_\_
- Avión \_\_\_\_\_
- Total: \_\_\_\_\_
- Número de repeticiones: \_\_\_\_\_

**3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9**

- Respuesta
- Paciente
- Respuesta
- correcta
- Total: \_\_\_\_\_

**4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.**

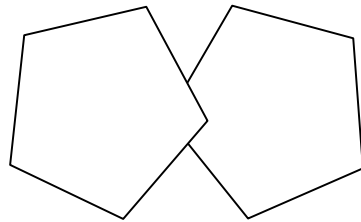
- Toma papel \_\_\_\_\_
- Dobla \_\_\_\_\_
- Coloca \_\_\_\_\_
- Total: \_\_\_\_\_

**5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.**

- Árbol \_\_\_\_\_
- Mesa \_\_\_\_\_
- Avión \_\_\_\_\_
- Total: \_\_\_\_\_

**6. Por favor copie este dibujo:**

**Muestre al entrevistado el dibujo con dos pentágonos cuya intersección es un cuadrilátero. El dibujo es correcto si los pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero.**



Correcto: \_\_\_\_\_

**0-2 E: Funcionamiento intelectual normal.**

**3-4 E: Alteración intelectual leve.**

**5-7 E: Alteración moderada.**

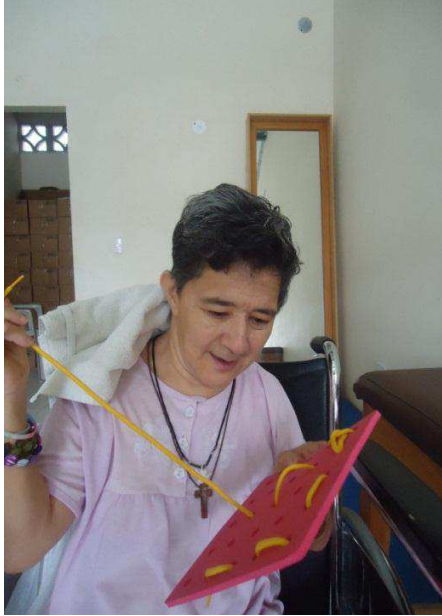
**8-19 E: Alteración intelectual severa.**



**EJERCICIOS DE PSICOMOTRICIDAD EN LOS ADULTOS MAYORES DE  
FUNTEMAN**













### Cronograma de Actividades

<b>Actividades</b>	<b>mayo</b>	<b>junio</b>	<b>julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Sept.</b>	<b>Oct.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Diciembre</b>
Elaboración y aprobación del tema								
Elaboración y aprobación del proyecto								
Revisión de literatura								
Elaboración y aprobación de los instrumentos de campo								
Desarrollo del marco teórico								
Aplicación de encuesta e instrumentos de aplicación del trabajo de campo								
Ordenamiento y tabulación del trabajo de campo								
Interpretación estadística y gráfica de los resultados del trabajo de campo								
Conclusión y revisión del primer borrador de tesis por el director								
Presentación del informe final de la tesis al director								
Entrega de tesis y revisión del tribunal								
Sustentación de tesis a los reglamentos de la unidad académica								