

# **UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO**

**ÁREA: CIENCIAS DE EDUCACIÓN**  
**CARRERA CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**



## **TESIS DE GRADO**

**“TERAPIA OCUPACIONAL PARA FORTALECER LAS HABILIDADES Y  
DESTREZAS COGNITIVAS Y SENSORIALES EN LOS ADULTOS MAYORES  
DE LAS ASOCIACIONES ROMERO PAMPA Y SANTIAGO II DE LA CIUDAD  
DE EL ALTO”**

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR EL  
TITULO DE LICENCIATURA EN CIENCIAS  
DE LA EDUCACION**

**TUTOR: M. Sc. EDGAR LUIS MAMANI SANCHEZ**  
**POSTULANTE: MARTHA CAROLINA LAZARTE UGARTE**

**EL ALTO - BOLIVIA**

**2024**

## **Dedicatoria**

A mi amada madre (+), quien con su amor incondicional y su constante apoyo ha sido mi faro en los momentos más oscuros y mi brújula en los senderos de la vida. Tu sacrificio y dedicación han sido la inspiración detrás de cada logro que hoy celebro. Gracias por tu eterno aliento y por ser el pilar de mi fortaleza.

A mi querido esposo, compañero de vida y cómplice en cada paso de este arduo camino. Tu amor incondicional, paciencia infinita y comprensión han sido mi refugio en las tormentas y mi mayor alegría en los triunfos. A tu lado he encontrado el apoyo inquebrantable y la motivación para seguir adelante, incluso en los momentos más difíciles. Gracias por ser mi roca, mi confidente y mi mayor motivo de orgullo.

A mis adorables hijos, quienes son mi razón de ser y el motor que impulsa cada uno de mis sueños. Vuestra inocencia, vuestra alegría contagiosa y vuestra inagotable curiosidad han llenado mi vida de sentido y me han recordado la importancia de perseguir mis metas con determinación y pasión.

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer a mi amada madre (+) por su infinito apoyo y aliento durante mi carrera académica. Sin ti, no habría sido capaz de llegar donde estoy hoy.

Agradecer a mis hijos, mi mayor inspiración y motivación. Su paciencia y comprensión mientras desarrollaba mi campo académico.

Agradezco asimismo a mis docentes. Vuestra mentoría, crítica constructiva y apoyo a lo largo de mi vida académica han sido invaluable.

Gracias a todos y cada uno de ustedes por ser una parte fundamental en mi desarrollo académico y personal. Sin su amor, guía, ayuda y apoyo, este logro no habría sido posible.

Agradezco a mi Tutor

M.Sc. Edgar Luis Mamani Sánchez

DOCENTE UPEA.

M.C.L.U.

## ÍNDICE

Dedicatoria .....	i
Agradecimientos .....	ii
ÍNDICE .....	iii
Resumen.....	viii
Abstract.....	xi
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I .....	3
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	3
1.1. Planteamiento del problema .....	3
1.2.1. Problema Central .....	5
1.2.2. Formulación del problema de investigación .....	6
1.3. Objetivos.....	6
1.3.1. Objetivo General .....	6
1.3.2. Objetivos Específicos.....	6
1.4. Justificación .....	7
1.5. Delimitación .....	8

1.5.1. Delimitación temática .....	8
1.5.2. Delimitación espacial: .....	9
1.5.3. Delimitación temporal.....	9
1.6. Hipótesis.....	9
1.7. Operacionalización de variables .....	9
CAPÍTULO II .....	11
MARCO TEÓRICO .....	11
2.1.1. Terapia ocupacional. ....	11
2.1.2. La memoria.....	15
2.1.3. El envejecimiento.....	18
2.1.4. Tipos de envejecimiento. ....	19
2.1.5. Estimulación Cognitiva .....	22
2.1.6. Habilidades de dominio del lenguaje .....	24
2.1.7. Habilidades en el Dominio del Razonamiento .....	25
2.1.8. Habilidades de dominio de la percepción visual .....	25
2.1.9. Habilidades del dominio de la memoria y el aprendizaje .....	28
2.10. Habilidades en el Dominio de la Recepción Auditiva.....	28
2.11. Habilidades en el dominio de la velocidad cognitiva.....	28
2.2. MARCO CONCEPTUAL .....	29

2.2.1. Adulto mayor .....	29
2.2.2. Terapeuta ocupacional .....	31
3.2.3. Terapia ocupacional. ....	33
2.2.3.1. Fases de la Terapia ocupacional. ....	33
2.2.4. Movilidad sensorial .....	34
2.2.5. Terapia de Reminiscencia .....	34
2.2.6. La terapia ocupacional en los adultos mayores. ....	35
2.3. MARCO DE REFERENCIA.....	37
2.3.1. Marco histórico .....	37
2.3.2. Marco Jurídico:.....	39
2.3.2.1. Constitución Política del Estado.....	39
5.2.2. Ley N° 369 – Ley general de las personas adultas mayores, de 01 de mayo de 2013. ....	40
CAPÍTULO III .....	42
MARCO METODOLÓGICO .....	42
3.1. Enfoque .....	42
3.2. Tipo.....	42
3.3. Diseño – No Experimental .....	43
3.4. Métodos de investigación .....	43

3.4.1. Método deductivo.....	43
3.4.2. Método inductivo .....	44
3.4.3. Método de Análisis y Síntesis .....	44
3.4.4. Método estadístico .....	45
3.5. Técnicas de investigación.....	45
3.5.1. Recolección de datos y revisión bibliográfica.....	46
3.5.2. Observación .....	46
3.5.3. Encuestas .....	47
3.6. Instrumentos de Investigación .....	47
3.6.1. Análisis documental .....	47
3.6.2. Cuestionario para las encuestas .....	48
CAPÍTULO IV.....	49
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	49
4.1. Resultados obtenidos en las encuestas .....	49
4.2. Población.....	49
4.3. Muestra.....	49
4.4. Tipo de muestra.....	50
4.5. Cuestionario .....	50
CAPÍTULO V.....	63

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	63
5.1. Conclusiones .....	63
5.2. Recomendaciones .....	65
Bibliografía .....	67
Anexos .....	70
Anexo 1. Fotografías de la implementación de la terapia ocupacional en “Romero Pampa” .....	72
Anexo 2. Dinámicas de desarrollo cognitivo y desarrollo sensorial .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo 3. Dinámica de resolución de conflictos .....	78
Anexo 4. Desarrollo de la terapia ocupacional dirigida a resolución de problemas domésticos y sociales .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo 5. Desarrollo de terapia ocupacional bajo dinámica de movilidad corporal.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo 6. Desarrollo de la terapia ocupacional en su dinámica de desarrollo cognitivo .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## **Resumen**

La población de adultos mayores está experimentando un crecimiento significativo en todo el mundo debido a los avances en la medicina y el aumento de la esperanza de vida. Sin embargo, este aumento de la longevidad también conlleva un incremento en las enfermedades neurodegenerativas y las limitaciones cognitivas y sensoriales que pueden afectar la calidad de vida de esta población.

La presente tesis se centra en el desarrollo y la implementación de un programa de terapia ocupacional diseñado específicamente para fortalecer las habilidades y destrezas cognitivas y sensoriales en los adultos mayores. Este enfoque terapéutico se basa en la premisa de que las actividades ocupacionales adaptadas a las necesidades individuales pueden promover la autonomía, mejorar la funcionalidad y fomentar el bienestar emocional de esta población.

El marco teórico abarca la literatura científica sobre el envejecimiento, las enfermedades neurodegenerativas y las intervenciones terapéuticas disponibles. Se ha diseñado teniendo en cuenta las necesidades específicas de los adultos mayores, así como los principios de la terapia ocupacional centrada en la persona y basada en la evidencia.

La terapia incluyó una variedad de actividades ocupacionales adaptadas a las capacidades y preferencias individuales de los participantes, con un énfasis especial en la estimulación cognitiva y sensorial. Se han integrado técnicas y herramientas terapéuticas probadas, como la reminiscencia, la musicoterapia, la terapia de la vida diaria y el entrenamiento cognitivo, con el fin de mejorar la memoria, la atención, la percepción y otras funciones cognitivas y sensoriales.

La implementación de la terapia se lleva a cabo en un entorno terapéutico adecuado, con la supervisión de profesionales de la terapia ocupacional debidamente capacitados de las Asociaciones Romero Pampa y Santiago II.

Se realiza un seguimiento sistemático del progreso de los participantes a lo largo de la terapia, evaluando los cambios en las habilidades cognitivas y sensoriales, así como en la calidad de vida y el bienestar emocional.

Se utilizó una metodología bajo el enfoque cuantitativo a través de una recolección de datos a través de una encuesta que contiene preguntas sobre la intervención de la terapia, para que posteriormente se realice una descripción de los datos recolectados con apoyo de los métodos deductivo e inductivo.

Los resultados preliminares indican que el programa de terapia ocupacional fue efectivo para fortalecer las habilidades y destrezas cognitivas y sensoriales en los adultos mayores, mejorando su funcionalidad y su calidad de vida. Estos hallazgos sugieren que la terapia ocupacional puede desempeñar un papel crucial en el mantenimiento y la promoción del bienestar integral de la población

de adultos mayores, contribuyendo así a su autonomía y dignidad en el proceso de envejecimiento.

### **Palabras Claves**

Terapia ocupacional, adultos mayores, habilidades cognitivas, destrezas sensoriales, envejecimiento, intervención terapéutica, estimulación cognitiva, estimulación sensorial, funcionalidad, calidad de vida.

## **Abstract**

The elderly population is experiencing significant growth around the world due to advances in medicine and increased life expectancy. However, this increase in longevity also leads to an increase in neurodegenerative diseases and cognitive and sensory limitations that can affect the quality of life of this population.

This thesis focuses on the development and implementation of an occupational therapy program specifically designed to strengthen cognitive and sensory abilities and skills in older adults. This therapeutic approach is based on the premise that occupational activities tailored to individual needs can promote autonomy, improve functionality, and foster emotional well-being in this population.

The proposed occupational therapy program is based on a comprehensive review of the scientific literature on aging, neurodegenerative diseases and available therapeutic interventions. It has been designed with the specific needs of older adults in mind, as well as the principles of evidence-based, person-centered occupational therapy.

The program includes a variety of occupational activities tailored to the individual abilities and preferences of participants, with a special emphasis on cognitive and sensory stimulation. Proven therapeutic techniques and tools, such as reminiscence, music therapy, daily living therapy, and cognitive training, have

been integrated to improve memory, attention, perception, and other cognitive and sensory functions.

The implementation of the program takes place in an appropriate therapeutic environment, with the supervision of appropriately trained occupational therapy professionals. Participants' progress is systematically tracked throughout the program, using validated assessment instruments to measure changes in cognitive and sensory skills, as well as quality of life and emotional well-being.

Preliminary results indicate that the occupational therapy program is effective in strengthening cognitive and sensory abilities and skills in older adults, improving their functionality and quality of life. These findings suggest that occupational therapy can play a crucial role in maintaining and promoting the comprehensive well-being of the older adult population, thus contributing to their autonomy and dignity in the aging process.

**keywords**

Occupational therapy, older adults, cognitive skills, sensory skills, aging, therapeutic intervention, cognitive stimulation, sensory stimulation, functionality, quality of life.

## INTRODUCCIÓN

La terapia ocupacional se enfoca en el desarrollo de actividades de cuidado, trabajo y juego dirigido a ciertas personas para incrementar su independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad, ésta se aplica a las personas adultas mayores con la finalidad de fortalecer sus habilidades y destrezas cognitivas, lo que permitirá aumentar su calidad de vida.

A través de la terapia ocupacional, se trata de dotar a los adultos mayores de los recursos necesarios para integrarlo o reintegrarlo a su vida cotidiana con mayor destreza cognitiva, que le permita tener un mejor desenvolvimiento con sus seres queridos y círculo social.

Se ha identificado que, en la actualidad, muchas personas al llegar a la última etapa de la adultez, es decir, por encima de los 60 años, se han visto limitadas o gastadas sus capacidades cognitivas, lo que les genera ofuscación y malestar al momento de realizar sus actividades diarias e interrelacionarse con las demás personas de su entorno más cercano.

Por lo expuesto, se ha visto pertinente realizar un estudio sobre las ventajas que ha tenido la aplicación de una terapia ocupacional enfocada a la población adulta mayor de dos Asociaciones, que son la de Romero Pampa y la de Santiago II, ubicadas en la ciudad de El Alto del departamento de La Paz, la cual permitirá determinar si se tuvo una mejora en las habilidades o destrezas sensoriales o cognitivas dentro de este grupo etario.

Para esto se usó una metodología basada en un enfoque cuantitativo, ya que se obtuvieron datos en base al uso de la técnica de la encuesta; el tipo de investigación es descriptiva, porque se detallaron los resultados obtenidos de la terapia ocupacional en un momento determinado. Y los métodos que se usaron fueron el estadístico y principalmente el análisis y síntesis.

Por consiguiente, la investigación tuvo una aplicación práctica donde se obtuvieron resultados que permitieron dar conclusiones y recomendaciones para optimizar las futuras implementaciones de las terapias ocupacionales enfocadas en adultos mayores, siendo estas más individualizadas, y con base de futuras investigaciones que ahonden en la problemática planteada.

Dentro de las conclusiones de la investigación, éstas giran en torno a que la terapia ocupacional ha sido beneficiosa para los adultos mayores de las dos asociaciones, mostrando que gracias a ello han podido mantener activas sus capacidades sensoriales y sobre todo su capacidad de socialización con otras personas.

Sin embargo, dentro de las recomendaciones, es necesario que se elaboren mejores propuestas de terapia ocupacional, enfatizando en casos específicos de acuerdo a la personalidad, posibilidad, y alguna deficiencia que puedan tener los adultos mayores.

## CAPÍTULO I

### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Planteamiento del problema

Actualmente, el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales más comunes y de mayor impacto de este siglo. Según la OMS, en el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer aumentó 20 años desde 1950 y llegó a 66 años, y se prevé que para el año 2050 haya aumentado 10 años más según datos de la (Organización Panamericana de la Salud, 2012). En nuestro medio año tras año la población adulta mayor viene en ascenso, por lo que es importante que tanto instituciones públicas como privadas le den la atención necesaria al mejoramiento y bienestar de la persona de edad avanzada. En la ciudad de El Alto representa el 7% de la población según proyecciones para el 2021 del INE.

Según la OMS la vejez es una etapa que conlleva un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, ya que a lo largo del tiempo se acumulan una gran variedad de daños moleculares y celulares. En este sentido, a partir de una cierta edad, es frecuente que la salud se debilite, aumentando la vulnerabilidad y la fragilidad de los más mayores.

A lo largo del ciclo vital, las funciones cognitivas experimentan una serie de cambios. Estos cambios pueden traducirse con la presencia de déficits cognitivos o de pérdida de memoria, que interfieren en la realización de actividades complejas. 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 organizar estrategias, planificar el futuro y evaluar las posibles consecuencias.

En la última etapa de la vida (tercera edad), la psicología ofrece una descripción completa de los efectos de la edad sobre la cognición humana, estos resultados permitirán comprobar si efectivamente las personas mayores, presentan una menor competencia en todas las tareas cognitivas en comparación a otras edades, si utilizan las mismas estrategias para la resolución de problemas de la vida, etc.

Cabe aclarar, que el envejecimiento cognitivo no es un fenómeno homogéneo, dado que el comienzo de los posibles decrementos, la amplitud de los mismos y sus manifestaciones son diversas, el envejecimiento intelectual de cada individuo es diferente, pero queda claro que se produce en todos los sujetos con ciertas diferencias.

Según (Franco & Criado, 2002) la afectación cognitiva, producto del envejecimiento, es toda alteración de las capacidades mentales superiores, y se constituye en un tema de gran importancia, porque tiene como consecuencia en una serie de limitaciones con referencia a la autonomía y la calidad de vida de los adultos mayores.

Las personas adultas mayores tienen un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que repercuta en el estado de su cognición, y este riesgo aumenta también cuando influyen otras condiciones que se desarrollan en su contexto (Pascual, Barlés, Laborda & Loren, 1998).

En esta etapa de la vida podemos observar que existe un decremento en áreas básicas o deterioro cognitivo, como ser: la orientación, la atención, la memoria, la capacidad de autocuidado, el lenguaje, praxias o capacidad de realizar ciertos movimientos en ciertas regiones del cuerpo, la demencia senil, Alzheimer y/o problemas de limitación en la ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD).

### **1.2.1. Problema Central**

Las personas adultas mayores son vulnerables por su deterioro cognitivo como la orientación, atención, memoria, capacidad de autocuidado, el lenguaje, praxis surgiendo la demencia senil, Alzheimer es un tipo de demencia que causa problemas con la memoria, el pensamiento y el comportamiento y/o problemas de limitación en la ejecución de las actividades de la vida diaria, así como también su desarrollo y relacionamiento con otras personas.

En ese sentido, en las ciudades capitales de nuestro país el envejecimiento de la población adulta se asocia frecuentemente con declives en las habilidades cognitivas y sensoriales, afectando la calidad de vida y la independencia funcional de los individuos. Este efecto se da con mayor frecuencia en ciudades, atribuyéndose como posibles causas, aunque no demostradas, a la contaminación del aire, a la alimentación inadecuada, ruidos, etc.

En cambio, pasa algo distinto en el campo (área rural), donde estos problemas no son asociados a sus tipos de vida, mostrándose en mejores condiciones los adultos mayores. Esta percepción descrita, no refleja el objetivo de la investigación que se realiza ahora, sin embargo, deja otros aspectos que pueden ser analizados en otros estudios o colocados como información secundaria.

En la ciudad de El Alto, a medida que la expectativa de vida continúa aumentando, surge la urgente necesidad de desarrollar estrategias efectivas de terapia ocupacional que aborden de manera integral y personalizada la preservación y mejora de estas habilidades en el contexto específico de los adultos mayores.

La escasa cantidad de programas específicos y la escasez de investigaciones centradas en intervenciones terapéuticas adaptadas a las necesidades individuales de este grupo demográfico evidencian una brecha en el

conocimiento y la aplicación de enfoques terapéuticos para fortalecer las habilidades cognitivas y sensoriales.

La presente tesis aborda esta problemática mediante la conceptualización y evaluación de una terapia ocupacional en dos asociaciones, que como todo programa tiene el fin de mejorar la calidad de vida y promover el bienestar de los adultos mayores, contribuyendo así al desarrollo de estrategias efectivas y personalizadas en el campo de la terapia ocupacional geriátrica.

### **1.2.2. Formulación del problema de investigación**

La investigación responderá la siguiente pregunta:

- ¿La terapia ocupacional ha fortalecido las habilidades y destrezas cognitivas o sensoriales en los adultos mayores de las asociaciones Romero Pampa y Santiago II de la ciudad de El Alto?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo General**

- Determinar si la implementación de una terapia ocupacional en las asociaciones Romero Pampa y Santiago II de la ciudad de El Alto enfocada en los adultos mayores, ha fortalecido sus habilidades y destrezas cognitivas o sensoriales.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Describir la realidad que viven actualmente los adultos mayores de las asociaciones Romero Pampa y Santiago II de la ciudad de El Alto.
- Explicar cuáles son los elementos necesarios para llevar adelante un proceso de terapia ocupacional enfocada a adultos mayores.

- Determinar si existieron cambios significativos en la en la calidad de vida o autonomía funcional de los participantes adultos mayores que pasaron terapia ocupacional.
- Analizar la percepción de los familiares de los adultos mayores respecto a la terapia ocupacional, con el fin de realizar propuestas alternativas.

#### **1.4. Justificación**

Esta tesis encuentra su justificación considerando que el envejecimiento de la población en ciudades de altura es un fenómeno que ha aumentado de manera significativa en las últimas décadas, la misma que conlleva incluso algunas complicaciones en el campo médico. A medida que la edad avanza, los adultos mayores enfrentan desafíos relacionados con la salud cognitiva y sensorial, lo que puede afectar su calidad de vida y autonomía. En este contexto, la terapia ocupacional emerge como una intervención potencialmente beneficiosa para mejorar las capacidades cognitivas y sensoriales en esta población.

La proporción de adultos mayores en la población está en constante crecimiento, y con ello, las condiciones de salud asociadas al envejecimiento se vuelven más prevalentes. Problemas como la pérdida de memoria, disminución de habilidades sensoriales y limitaciones en la ejecución de actividades cotidianas pueden afectar la independencia y el bienestar de los adultos mayores.

Por otro lado, las dificultades cognitivas y sensoriales están directamente relacionadas con la calidad de vida de los adultos mayores. La pérdida de la capacidad cognitiva puede afectar la toma de decisiones, la comunicación y la participación social, mientras que la disminución de las habilidades sensoriales puede limitar la percepción del entorno y aumentar el riesgo de accidentes y caídas.

Ahora con una implementación de una terapia ocupacional se ha destacado ésta como una intervención integral que aborda las necesidades físicas, cognitivas y emocionales de los individuos. Para los adultos mayores, la terapia ofrece estrategias para mejorar la funcionalidad y adaptarse a los cambios asociados con el envejecimiento. La terapia ocupacional puede incluir actividades específicas diseñadas para mantener y mejorar la función cognitiva, así como técnicas para estimular los sentidos y promover la independencia en las actividades diarias.

A pesar del creciente reconocimiento de la importancia de la terapia ocupacional en el cuidado de adultos mayores, existe un vacío que evalúe de manera sistemática su impacto en las capacidades cognitivas y sensoriales de los participantes de las terapias. Esta tesis propone llenar este vacío, proporcionando evidencia científica sobre la eficacia de la terapia ocupacional en la mejora de estas capacidades y, por ende, en la calidad de vida de los adultos mayores.

## **1.5. Delimitación**

### **1.5.1. Delimitación temática**

La delimitación teórica o temática, comprende y estudia todas aquellas teorías científicas que serán consultadas en las distintas fuentes bibliográficas sobre las terapias ocupacionales y sus efectos en adultos mayores y sus habilidades y destrezas cognitivas. Permitirán tener una visión general del problema de investigación y otros aspectos que serán plasmados en el marco de la presente investigación.

### **1.5.2. Delimitación espacial:**

La delimitación espacial de esta investigación está en las asociaciones Romero Pampa y Santiago II, ambas ubicadas en la ciudad de El Alto, donde se implementó terapia ocupacional.

### **1.5.3. Delimitación temporal**

En lo que respecta a la delimitación temporal, la presente investigación se circunscribirá al estudio del problema planteado en la gestión 2023, con objeto de poder determinar si la implementación de esta terapia ayudó en las habilidades y destrezas cognitivas o sensoriales.

## **1.6. Hipótesis**

La implementación de una terapia ocupacional tuvo un impacto significativo en el fortalecimiento de las habilidades y destrezas cognitivas o sensoriales en adultos mayores de las asociaciones Romero Pampa y Santiago II de la ciudad de El Alto.

## **1.7. Operacionalización de variables**

### **Variable independiente**

Implementación de terapia ocupacional.

### **Variable dependiente**

Fortalecimiento de las habilidades y destrezas cognitivas o sensoriales en adultos mayores.

### **Nexo Lógico**

Considerando el creciente envejecimiento poblacional y la importancia de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, se plantea la relevancia de explorar el

impacto de la terapia ocupacional como una herramienta efectiva para fortalecer las habilidades y destrezas cognitivas o sensoriales en esta población específica de las asociaciones Romero Pampa y Santiago II.

### **Unidades de análisis**

➤ Participantes

Adultos mayores pertenecientes a las asociaciones Romero Pampa que participan en el programa de terapia ocupacional.

➤ Intervención de terapia ocupacional

Métodos, técnicas y actividades utilizadas en el programa de terapia ocupacional para fortalecer las habilidades y destrezas cognitivas o sensoriales.

➤ Habilidades cognitivas

Capacidad de procesamiento de la información, memoria, atención, resolución de problemas, entre otras.

➤ Destrezas sensoriales

Capacidad para percibir y procesar estímulos sensoriales como el tacto, la vista, el oído, entre otros.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

En el presente acápite se desarrollará la teoría propuesta por diversos autores y juristas, entre los cuáles pasamos a explicar algunos pensamientos de teóricos que han abordado la temática en distintos libros y artículos científicos que ayudarán a comprender mejor la temática abordada:

#### **2.1.1. Terapia ocupacional.**

Según De Lisa en su libro *Medicina de Rehabilitación: principios y práctica*, citado por (Bernués, 2004), la terapia ocupacional se centra en las actividades funcionales y proporciona los siguientes servicios a los pacientes de rehabilitación:

- Evalúa y entrena al paciente en las actividades de autocuidado (por ejemplo, el vestido, la comida, el baño y la higiene personal) para aumentar al máximo la independencia. Enseña al paciente cómo usar las ortesis o las ayudas técnicas que pueden ser fabricadas por el terapeuta ocupacional, cuando sea necesario. Enseña el uso de la silla de ruedas y las transferencias, tanto en el hogar como en la comunidad (por ejemplo, el paso de la silla de ruedas al retrete).
- Entrena al paciente en las habilidades del cuidado de la casa, a través de las modificaciones más simples, para minimizar la fatiga y conservar la energía.
- Explora la habilidad profesional y los intereses pre vocacionales junto con el consejero profesional, cuando nos encontramos ante un cambio de empleo o de institución educativa.

- Ayuda a mantener y mejorar el rango articular del movimiento, la fuerza muscular, la resistencia, la coordinación y la destreza, particularmente en las extremidades superiores.
- Evalúa y entrena al paciente para compensar los déficit sensoriales, perceptivos y cognitivos que aparecen cuando se realiza una función.
- Evalúa el hogar y realiza las modificaciones necesarias para proporcionar un ambiente sin obstáculos y barreras.
- Evalúa las habilidades de los pacientes dentro de la comunidad y los entrena en las estrategias necesarias y en el uso de las ayudas técnicas, cuando sean necesarias.
- Evalúa el manejo y las habilidades y readiestra a los pacientes cuando es necesario, usando los dispositivos de asistencia apropiados.
- Educa a la familia del paciente, enseñando y demostrando las técnicas diseñadas para mantener la independencia del paciente y minimizar la sobreprotección.
- Entrena al paciente en el uso funcional de las prótesis de la extremidad superior.
- Evalúa y entrena a los pacientes en el uso de los sistemas de tecnología asistente (por ejemplo, los mandos medioambientales y las adaptaciones instrumentales de los ordenadores), así como la habilidad de manejar los recursos para acceder a los dispositivos de la más alta tecnología asistente.
- Trabaja junto al paciente y el resto del equipo en el mantenimiento del equipo asistencial.

- Evalúa y maneja la disfagia en colaboración con logopedas y enfermeras. (pág. 25).

Las distintas perspectivas actuales de la Terapia Ocupacional proponen diversas aproximaciones a lo que es el concepto de ésta. La (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2010) en su Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional, citado por (Jiménez Echenique, 2018) define la Terapia Ocupacional como:

La contribución que define la Terapia Ocupacional es la aplicación de valores centrales, conocimiento y habilidades para ayudar a los clientes (personas, organizaciones y poblaciones), a comprometerse con las actividades diarias u ocupaciones que ellos quieren y necesitan hacer de forma que apoyen la salud y la participación. (Pág. 83).

Es importante definir todas las dimensiones del dominio de la Terapia Ocupacional para comprender el perfil y el rol específico de esta profesión que se centra en lograr que el individuo sea independiente en las áreas de la ocupación a través de la búsqueda de la mejora del desempeño en las destrezas de la ejecución, modificando los patrones de la ejecución y siempre respetando los factores propios de cada paciente. Para ello el terapeuta analiza los factores de la actividad en búsqueda de las discrepancias entre las destrezas de ejecución y las demandas de la propia actividad, con el fin de compensarlas a través de la adaptación de la actividad o la utilización de estrategias de modificación del entorno y/o ayudas técnicas (Jiménez, 2018).

Por otro lado, la Terapia Ocupacional es una disciplina cuyo objetivo es la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. En ese sentido, fomenta la capacidad de las personas para participar en las actividades de la vida diaria, productivas y de ocio.

Los medios utilizados para ello tienen una doble vertiente:

**1)** La habilitación de las personas para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar.

**2)** La modificación del entorno para que éste refuerce la participación. Los terapeutas ocupacionales tienen una formación extensa que les proporciona las habilidades y los conocimientos para trabajar con aquellas personas o grupos de población que sufren la afectación de una función o estructura corporal, debida a algún cambio de salud, y que por tanto hace que experimenten limitaciones en su participación (Berrueta Maeztu, Ojer Ibiricu., & Trébol Urra, 2009).

(Berrueta, 2009) señala que:

Desde la Terapia Ocupacional se considera que la participación puede estar facilitada o restringida por entornos físicos, sociales, actitudinales y legislativos. Por tanto, la práctica de la Terapia Ocupacional debe estar dirigida también a aquellos aspectos variables del entorno para mejorar la participación (Pág. 218).

En los adultos mayores la ocupación es fundamental, no sólo por entretenimiento y distracción, sino como garantía para conservar el nivel de salud. Si se considera la vejez como una etapa más del desarrollo evolutivo de la persona, la terapia ocupacional juega un interesante papel en la evitación de un rápido e irreversible deterioro físico y psíquico, englobando desde la asistencia prolongada institucionalizada hasta la atención en el hogar.

Los terapeutas ocupacionales que trabajan en el campo de la geriatría utilizan la ocupación (actividades, tareas y/o desempeño de roles) para evaluar e implementar el tratamiento en los ancianos, con el objetivo de maximizar las competencias funcionales del anciano y su integración en el entorno físico y social, promoviendo su autonomía y bienestar, manteniendo o mejorando así su calidad de vida (Berrueta Maeztu, Ojer Ibiricu., & Trébol Urra, 2009, p. 220).

Por ello es que el terapeuta ocupacional en su trabajo con las personas mayores a menudo constituye un facilitador de experiencias positivas y metas que aportan mayor sentido a la vida de éstas.

### **2.1.2. La memoria**

La memoria y su uso es una de las funciones cognitivas más complejas y por tanto más sensibles al daño cerebral. La adquisición de muchas habilidades cognitivas como el lenguaje, están mediadas por la memoria, integradora de pensamientos, impresiones y experiencias su dimensión temporal la distingue de los sentimientos y las emociones (Mesulam, 2000), citado por (Díaz, 2019, pág. 61).

Según (Díaz Palominos, 2019) plantea que:

Tres etapas se han identificado en el proceso temporal de la memoria: codificación (retención), almacenamiento y evocación (recuperación de la información). La codificación de la información se inicia con la llegada de un estímulo que ha sido preseleccionado por el organismo, de acuerdo con el foco de atención en el momento del registro. La fase de almacenamiento de información se comienza con la activación de una memoria a corto plazo (memoria primaria). Esta memoria a corto plazo representa un almacenamiento transitorio, frágil y sensible de agentes interferentes. El almacenamiento más permanente de la información implica un proceso de consolidación que determina la memoria a largo plazo (memoria secundaria).

Este proceso de consolidación de las huellas de la memoria toma un periodo de tiempo, variable, y se puede extender de minutos a horas y quizás aún días, meses y años.

“Cuando estos procesos cognitivos tienen interferencia en su funcionamiento de tal manera que la persona mantiene una alteración de la memoria, superior a la esperada para la edad y nivel de escolaridad del sujeto, pero aun así se desenvuelve adecuadamente en su quehacer diario se puede hablar de que la persona podría presentar un deterioro cognitivo leve (DCL) o según el Manual Diagnóstico y Estadístico de desórdenes mentales (DSM V), Trastorno neurocognitivo menor” (American Psychiatric Association, 2014, citada por Díaz Palominos, 2019).

Como se menciona, la situación en cuanto al deterioro cognitivo en los adultos mayores ha aumentado en la medida en que la población envejece. En este sentido comienza a tomar fuerza la estimulación cognitiva como medio para la prevención del DCL. Díaz Palominos (2019), señala que:

“La estimulación cognitiva consiste en la realización de actividades que tienen por objetivo mejorar el funcionamiento cognitivo que está compuesto por funciones tales como la atención, concentración, memoria, lenguaje, razonamiento y praxias. La estimulación cognitiva genera un enriquecimiento cognitivo. Los estilos de vida saludable y las interrelaciones con otros tienen un rol fundamental para que los efectos de la estimulación trasciendan la terapia y se consoliden en la vida del individuo. Es así como la participación en ocupaciones significativas surge como un medio de consolidación de aprendizaje. La asunción de tareas específicas subyacentes a una ocupación puede estimular en el mismo ejercicio de ejercer una actividad determinada las conexiones neuronales necesarias para prevenir el deterioro cognitivo leve” (Díaz Palominos, 2019, p. 62).

Desde una perspectiva biológica, las restricciones inducidas por el envejecimiento pasan a primer plano cuando los mecanismos cognitivos básicos gobiernan el rendimiento cognitivo. Sin embargo, estudios indican que se pueden

observar cambios en la cognición cuando se aproxima a la gente a su máximo potencial (Brim, 1992, citado por Díaz Palominos, 2019, p. 63). Y este máximo potencial se puede alcanzar en la medida en que la persona se compromete con sus ocupaciones. A lo largo de la vida, nuestras funciones cognitivas son estimuladas a través de los contextos en los que participamos.

Así el rol de estudiante durante la infancia y la adolescencia, y los roles productivos en la adultez, son parte importante de la activación de los procesos cognitivos que nos mantienen activos y vigentes. En cambio, “la pérdida de roles en el adulto mayor sumado a los cambios cognitivos acordes a este ciclo vital, tienen una influencia importante en el deterioro progresivo de la atención, memoria, y otras funciones cognitivas” (Campos T., 2011, citado por Díaz Palominos, 2019, p. 64).

Debido a la interacción dinámica entre los individuos y la sociedad, la forma en que se envejece estará determinada por las expectativas que se tengan acerca de los roles y funciones asociadas a este ciclo vital. Todos los individuos están socializados eficazmente al rol particular que la sociedad prescribe. Cuando se alcanza la vejez, sus actitudes y su comportamiento reflejan sus expectativas primitivas en relación con un comportamiento apropiado para los ancianos.

“Una persona que vive en una sociedad que considera a los ancianos ciudadanos, valiosos y útiles propenderá a que el adulto mayor tenga oportunidades para hacer contribuciones significativas. Por ende, la experiencia subjetiva del envejecimiento social está determinada en gran parte por las expectativas de la sociedad” (Spackman, 2001, citado por Díaz Palominos, 2019, p. 64).

Díaz Palominos (2019) señala que, por otra parte, existe el mito de que la demencia es subyacente a la vejez, por lo que los usuarios manifiestan constante preocupación por tener Alzheimer y además muchos familiares dejan de escuchar a sus adultos mayores; los usuarios refieren haberse sentido

desvalorizados y poco escuchados por su familia. Al participar de los talleres de actividad física, estimulación cognitiva y autocuidado para el adulto mayor los usuarios han encontrado un espacio de estimulación funcional; además han encontrado un lugar en la sociedad para compartir con pares, asumir roles, participar activamente y convertirse en líderes que co-construyen nuevos entramados de participación en la comunidad (Pág. 65).

### **2.1.3. El envejecimiento.**

El envejecimiento es un proceso continuo e irreversible que determina la pérdida paulatina de la capacidad de adaptación de manera gradual. Además, se trata de un fenómeno extremadamente variable repercutido por múltiples factores arraigados en el contexto genético social del desarrollo humano, portador de emociones y sentimientos construidos a lo largo del ciclo de vida. (Alvarado & Salazar, 2014 citados por Quinga, 2022, p. 21).

“El envejecimiento comienza al nacer y es un desarrollo que sucede a lo largo de la vida. El ser humano pasa por todas las etapas de crecimiento y desarrollo (niñez, infancia, adolescencia, adultez y vejez). Sin embargo, este desarrollo decae paulatinamente a partir de los treinta o cuarenta años y avanza a un ritmo y velocidad individual y específica de cada persona, según su biología, estilo de vida, estímulos externos, carga genética y el entorno en el que vive” (Quinga, 2022, p. 22).

El envejecimiento integra procesos humanos multidimensionales, considerados heterogéneos e intrínsecos, inicia con la concepción, se desarrolla a lo largo de la vida y finaliza con la muerte. Es un proceso complejo de cambios físicos y psicológicos que ocurren con el tiempo a medida que los individuos interactúan con la vida social, económica, cultural y ecológica en sus comunidades. (Suárez & Silva, 2018 citados por Quinga, 2022, p. 22).

#### **2.1.4. Tipos de envejecimiento.**

A partir de la construcción de indicadores del estado de salud (enfermedades crónicas, capacidad funcional, deterioro cognitivo, autopercepción del estado de salud) y los indicadores de factores de riesgo (sedentarismo, consumo de alcohol y tabaco), (Ávila, 2010), citado por (Quinga, 2022) define cuatro tipos de envejecimiento:

**Envejecimiento ideal.** Las personas en este grupo son capaces de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no han sido diagnosticadas con ninguna enfermedad crónica, se considera que tienen una excelente condición física, no tienen deterioro cognitivo y llevan un estilo de vida activo (pág. 30).

**Envejecimiento activo.** Estas personas han sido diagnosticadas con una enfermedad crónica, presentan dificultad con algunas actividades instrumentales de la vida diaria, son independientes no tienen deterioro cognitivo y sus factores de riesgo son bajos o medios (pág. 31).

**Envejecimiento habitual.** Son personas que presentan más de una enfermedad crónica, perciben su estado de salud normal, tiene limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria, presentan un deterioro funcional leve que no genera dependencia, su deterioro cognitivo puede ser leve y sus factores de riesgo son bajos (pág. 31).

**Envejecimiento patológico.** Son personas con un estado de salud malo, sin importar los factores de riesgo, tienen enfermedades crónicas, mala autopercepción de salud, padecen deterioro cognitivo y presentan discapacidad. En este grupo se encuentran esencialmente personas que dependen de terceros para realizar todo tipo de actividades (pág. 31).

(Alvarado & Salazar, 2014), citados por (Quinga, 2022) se basan en que el envejecimiento es heterogéneo y su significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura haga de él, por lo tanto, añaden el envejecimiento satisfactorio o exitoso que se describe a continuación:

**Envejecimiento satisfactorio o exitoso:** Se basa en el concepto de "bienestar subjetivo", lo que se entiende como el grado de satisfacción que sienten las personas cuando les realizan una valoración global de su vida. Aquí se observa la disminución funcional atribuible a la edad. Por lo tanto, las personas que muestran un envejecimiento con éxito son independientes, autosuficientes, activos y están satisfechos con la vida que llevan. (Sarabia, 2019, citado por Quinga, 2022, p. 34).

**Enfoque biológico:** se refiere al desgaste de órganos y tejidos que indica el comienzo de la vejez y hace que cada vez sea más visible. Sobre esta base se define a un envejecimiento primario y secundario. El envejecimiento primario se focaliza en la herencia, en los cambios inevitables que se dan con el paso del tiempo. El envejecimiento secundario se refiere a la pérdida de las capacidades ocasionada por factores conductuales y ambientales, ajenos a los procesos biológicos naturales ya sea por caídas o enfermedades. (Martinez, Mitchell, & Aguirre, 2013, citados por Quinga, 2022, p. 35)

**Enfoque psicológico:** corresponde a la disminución de la capacidad funcional y la pérdida de un rol social o de la participación en la comunidad, que caracterizan a las personas adultas mayores. Sin embargo, es importante mencionar la experiencia y los logros alcanzados por el individuo en esta etapa de vida con el fin de lograr una sensación de satisfacción en el trayecto de su comportamiento. (Rodríguez, 2011, citado por Quinga, 2022, p. 36)

**Enfoque social:** Se relaciona regularmente con la dependencia y pérdida del rol social. Durante el proceso de envejecimiento los adultos mayores experimentan una discontinuidad que se manifiesta a través de la disminución de la interacción entre el individuo y la sociedad, contribuyendo de manera significativa en la adaptación al entorno. (Martínez, Mitchell, & Aguirre, 2013, citados por Quinga, 2022, p. 36)

**Enfoque socioeconómico:** El envejecimiento está asociado a la jubilación y se considera económicamente desde una perspectiva donde las personas mayores terminan su ciclo productivo de vida, este contexto lleva a una desconformidad en las personas mayores debido a que sus ingresos disminuyen o son nulos. (Rodríguez, 2011, citado por Quinga, 2022, p. 36)

### **Teoría genética**

En este grupo se establecen tres tendencias, las cuales confieren al entorno celular de ser el responsable de todos los daños provocados aleatoriamente al ADN.

### **Teoría de la regulación genética**

Es un desequilibrio entre las etapas de reproducción y desarrollo celular. Durante la fase reproductiva las células no pueden defenderse de los factores adversos (Quinga, 2022, p. 45).

### **Teoría de la diferenciación terminal**

Se expresan los cambios en la expresión genética en donde existe especial ahínco en los efectos adversos del metabolismo sobre la regulación genética (Quinga, 2022, pág. 46).

### **Teoría de la inestabilidad genómica**

Puede ocurrir modificaciones a nivel del ADN causadas por diferentes factores que afectan la expresión génica en el ARN y las proteínas (Quinga, 2022, pág. 46).

### **2.1.5. Estimulación Cognitiva**

La estimulación cognitiva en la comunidad presenta muchos desafíos para los terapeutas. El primero es conocer a los usuarios, conocer las necesidades y las potencialidades de los usuarios, aquello que los motiva y sus aprensiones, nos dan la base del vínculo terapéutico; conocer sus potencialidades y lo que desean trabajar, sus metas y objetivos, nos aporta un marco en el cual desarrollar las temáticas de estimulación. Para orientar los ejercicios de estimulación cognitiva se definen objetivos de trabajo en el inicio del ciclo de sesiones a través de un diagnóstico participativo (Díaz Palominos, 2019).

La idea central es evaluar lo que ellos experimentan como necesidad para participar autónomamente. Más que definir qué tan dañada se encuentra una función, el diagnóstico propone recabar datos acerca de las funciones corticales, motoras y autocuidado que el usuario percibe más afectadas. Esto a su vez permite orientar las intervenciones terapéuticas grupales dando significado a las actividades que van a realizar. A propósito de estas necesidades habitualmente se decide intervenir como eje principal la memoria a corto plazo y de manera transversal en las siguientes funciones cognitivas: lenguaje, atención, orientación temporo-espacial y planificación (Díaz Palominos, 2019, pág. 66).

### **Lenguaje**

Conversación con otros, manifestación de opiniones en diferentes temas. Los usuarios comunican y buscan comprender lo que los otros comunican (Díaz Palominos, 2019, p. 66).

## **Memoria**

Adquisición y cumplimiento de compromisos, aprendizaje de nombres de los compañeros, preparación cotidiana para ir a taller (asearse, vestirse, preparar materiales, etc.). Atención: Conversación con otros, escucha de instrucciones en las actividades realizadas en talleres (Díaz Palominos, 2019, p. 66).

## **Orientación temporal-espacial**

Rutina en sesiones de talleres, reconocimiento del lugar en que se realizan los talleres, desplazamiento a otros sitios para realizar actividades recreativas. Realizar actividades de estimulación cognitiva grupales requiere que el terapeuta cuente con habilidades blandas como: capacidad de organizarse, manejar dinámicas de grupos, sociabilidad, creatividad, trabajo en equipo y auto actualización. Esto permite tener una visión acabada de las necesidades de los usuarios que participan e idear actividades que incorporan los objetivos de trabajo de una manera eficaz y motivante. Conocer, compartir, innovar, validar y registrar son cinco palabras que se pueden usar para describir las acciones que se requieren al realizar actividades de estimulación cognitiva grupal (Díaz Palominos, 2019, p. 66).

La estimulación cognitiva consiste en la rehabilitación como proceso a través del cual las personas que están discapacitadas, debido a una enfermedad o lesión trabajan junto a profesionales, familia, miembros de una amplia comunidad para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, psicológico, social y vocacional posible. Por lo que se busca alcanzar una mejoría a nivel emocional, ya que se entrena a las personas a reutilizar habilidades instauradas, (tanto mentales como sociales), ya olvidadas y a ejercitar la utilización de recursos externos, manteniendo durante más tiempo las habilidades conservadas y retrasando su pérdida definitiva (López, López & Ariño, 2002, p. 18).

(Jara, 2008) señala que la estimulación cognitiva no solamente se centra en la parte cognitiva, sino que aborda otros factores de relevancia dentro del ser humano, tales como la afectividad, lo conductual, lo social, lo familiar y lo biológico, buscándose intervenir a la persona adulta mayor de forma integral.

Se puede mencionar que, al ir aumentando la población de adultos mayores, el área de la salud se ha venido interesando en estudiar más a fondo la dinámica y desarrollo de esta fase de la vida, procurándose establecer estrategias e intervenciones que permitan un mayor grado de satisfacción en las personas de tercera edad, visionándose obtener una mejor calidad de vida para ellas, de ahí la gran incidencia de formas de intervenir propuestas anteriormente (Jara, 2008, pág. 6).

#### **2.1.6. Habilidades de dominio del lenguaje**

Según (Carroll, 1993) "los factores de habilidad de dominio de lenguaje se relacionan con habilidades más generales en la comunicación, a menudo involucrando la escucha y la producción del habla, con o sin la participación de la lectura y la escritura" (pág. 177).

Este es un dominio de primer orden que se refiere al uso del lenguaje que resulta de procesos como la lectura y la escritura, así como la comprensión verbal. Dentro de estas habilidades se encuentran los siguientes factores de desarrollo del lenguaje:

En este dominio se incluyen los factores de desarrollo del lenguaje (LD), comprensión de lenguaje verbal o impreso (V) , conocimiento léxico (VL) , comprensión de lectura (RC), decodificación de lectura (RD), velocidad de lectura(RS) , habilidad de cloze (CZ), habilidad ortográfica (SG), factores fonéticos de codificación (PC), factores de sensibilidad gramatical (MY), lengua extranjera (LA) habilidad de comunicación (CM), capacidad de

escucha (LS) , producción oral (OP) , estilo de lenguaje oral (O&) y capacidad de escritura (WA). (Naranjo, 2018, pág. 37).

### **2.1.7. Habilidades en el Dominio del Razonamiento**

De acuerdo a (Carroll, 1993) define a las habilidades de dominio de razonamiento como:

Aquellas que se consideran cercanas al núcleo de la inteligencia, en esta habilidad se encuentra enfocada las operaciones mentales que utiliza un individuo cuando se enfrenta a una tarea relativamente nueva que no puede ser realizada de forma automática. (Pág. 34)

Es por ello que Carroll dispuso las variables de razonamiento en tres factores de primer orden, cada uno con múltiples subtipos. Los factores de primer orden fueron factores de razonamiento secuencial en el que se inicia con afirmaciones (reglas, premisas o condiciones) para participar en uno o más pasos que conducen a una solución de problemas, los factores inductivos son la capacidad de descubrir alguna característica que subyace a un problema específico o aplicar una regla previamente aprendida al problema y por último los factores cuantitativos en los que están el razonamiento inductivo y el secuencial en razón de conceptos que implican la aritmética, y por último, propuso un cuarto factor, llamado el factor de razonamiento piagetiano cuya capacidad es demostrar la ganancia y aplicación de conceptos cognitivos definidos por la teoría cognitiva de Piaget.

### **2.1.8. Habilidades de dominio de la percepción visual**

La capacidad de generar, almacenar, recuperar y transformar imágenes visuales y sensaciones. Las habilidades de Gv se miden típicamente por tareas (es decir, estímulos geométricos o figurativos) que requieren la percepción y transformación de formas visuales o sea que es todo aquel procesamiento de la

información que le permite a un individuo desenvolverse fluidamente en lo que se relaciona con patrones visuales (Naranjo, 2018, pág. 42).

(Mc. Grew, 2009) identificó varios factores en esta habilidad tal y como los plasma, que son:

**Relaciones Espaciales (SR)** Capacidad para percibir y manipular rápidamente (rotación mental, transformaciones, reflexión, etc.) patrones visuales o para mantener la orientación con respecto a los objetos en el espacio. SR puede requerir la identificación de un objeto cuando se ve desde diferentes ángulos o posiciones (pág. 2).

**Visualización (Vz)** La capacidad de aprehender una forma espacial, un objeto o una escena y combinarlo con otro objeto espacial, forma o escena con la necesidad de girarlo (una o más veces) en dos o tres dimensiones. Requiere la capacidad de imaginar mentalmente, manipular o transformar objetos o patrones visuales (sin tener en cuenta la velocidad de respuesta) y "ver" (predecir) cómo aparecerían bajo condiciones alteradas (por ejemplo, las partes se mueven o se reorganizan). Difiere de las Relaciones Espaciales (SR) principalmente por un des-énfasis en la fluidez (pág. 2).

**Velocidad de cierre (CS)** Capacidad de identificar rápidamente un objeto visual significativo familiar a partir de estímulos visuales incompletos (por ejemplo, vaga, parcialmente oscurecidos, desconectados), sin saber de antemano qué es el objeto. Se supone que el objeto de destino está representado en el almacén de memoria a largo plazo de la persona. La capacidad de "rellenar" partes invisibles o desaparecidas en un campo de percepción dispares y formar un solo precepto (pág. 2).

**Flexibilidad de cierre (CF)** Capacidad para identificar una figura o un patrón visual incrustado en un patrón o una disposición visual compleja que distrae o disimula, al saber de antemano cuál es el patrón. También

incluye la capacidad de ignorar, distraendo estímulos de fondo, los estímulos que no son relevantes para la realización del cierre (pág. 3).

**Imaginación (IM)** Capacidad de representar mentalmente (codificar) y / o manipular un objeto, idea, evento o impresión (que no está presente) de una forma espacial abstracta. Se han sugerido factores independientes de nivel de IM y de velocidad (fluidez) (pág. 3).

**Exploración espacial (SS)** Capacidad de examinar de forma rápida y precisa (explorar visualmente) un campo o patrón espacial amplio o complicado de identificar, llegando a una configuración particular (trayectoria) a través del campo visual. Normalmente requiere seguir la ruta indicada por el campo visual (pág. 3).

**Integración perceptual (PI)** Capacidad para identificar (y típicamente nombrar) un patrón pictórico o visual cuando partes del patrón se presentan rápidamente en orden de serie (por ejemplo, las porciones de un dibujo lineal de un perro se pasan en secuencia a través de una pequeña "ventana") (pág. 3).

**Estimación de longitud (LE)** Capacidad para estimar o comparar con precisión las longitudes visuales o las distancias sin la ayuda de instrumentos de medición (pág. 4).

**Ilusiones Perceptivas (IL)** La capacidad de resistirse a ser afectada por los aspectos perceptivos ilusorios de las figuras geométricas (es decir, no formar una percepción errónea en respuesta a alguna característica de los estímulos). Puede pensarse mejor como la "tendencia de respuesta" de una persona a resistirse a las ilusiones perceptivas (pág. 4).

**Alternativas Perceptivas (PN)** Coherencia en la tasa de alternancia entre diferentes percepciones visuales (pág. 4).

### **2.1.9. Habilidades del dominio de la memoria y el aprendizaje**

(Naranjo, 2018) describe que el aprendizaje y la memoria se encuentran relacionadas porque la memoria tiene que ver con cómo se conservan u olvidan los resultados del aprendizaje. Pero, estas categorías son tratadas, como si estuvieran separadas (pág. 47).

Los estudios de aprendizaje se centran en la velocidad a la que se adquiere información o habilidad en determinadas condiciones, mientras que los estudios de memoria se centran en la cantidad de información o habilidad que se conserva después de una determinada cantidad de exposición a la situación de aprendizaje y los materiales a ser aprendido, y después de una cantidad de tiempo en que la exposición se suspende. Estas distinciones se aplican, de manera general, tanto en la investigación experimental como en la psicométrica (Carroll, 1993, p. 248).

### **2.10. Habilidades en el Dominio de la Recepción Auditiva.**

Esta habilidad implica el reconocimiento y la percepción de estímulos que no sean auditivos, pero no de tipo verbal, este término se enfoca en el procesamiento de otros estímulo estímulos del lenguaje, Carroll (1993) en su texto refiere:

“...que dependen principalmente de las características del propio estímulo auditivo y de la capacidad del individuo para aprehender, reconocer, discriminar o incluso ignorar esas características, independientemente del conocimiento del individuo de las estructuras en el lenguaje o en la música... que determinan el patrón general de una señal auditiva extendida" (pág. 364).

### **2.11. Habilidades en el dominio de la velocidad cognitiva**

Esta habilidad se destaca por la rapidez con que se percibe, analiza y reconoce ciertas tareas cognitivas al inicio de estímulos simples.

**Velocidad Perceptual (P)** Capacidad para buscar y comparar de manera rápida y precisa estímulos que se presentan incluso en el campo visual y seleccionarlo

**Tasa de toma de prueba (RG)** es la capacidad que se tiene para realizar una tarea o prueba que implique decisiones simples Facilidad Numérica (N): Capacidad para realizar rápidamente la aritmética básica (es decir, sumar, restar, multiplicar, dividir) y manipular números rápidamente.

**Velocidad de Razonamiento (RE)** Velocidad o fluidez en realizar tareas de razonamiento (por ejemplo, rapidez en generar tantas reglas posibles, soluciones, etc., a un problema) en un tiempo limitado.

**Velocidad de lectura (fluidez) (RS)** Capacidad de leer y comprender en silencio un texto, es la habilidad para leer un texto o párrafo en silencio.

**Velocidad de escritura (fluidez) (WS)** hace referencia a la capacidad de escribir o generar frases o párrafos correctamente, lo más rápido posible (Naranjo, 2018).

## **2.2. MARCO CONCEPTUAL**

Dentro del marco conceptual, en la Tesis se desarrollarán todos los conceptos necesarios para comprender la temática investigada, entre los cuales se encontrarán los siguientes conceptos:

### **2.2.1. Adulto mayor**

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera a las personas mayores o ancianos a toda persona mayor de 65 años en países desarrollados y toda persona mayor de 60 años en países en vías de desarrollo como es el caso de nuestro país. (Reyes, 2018, citado por Quinga, 2022, pág. 11). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), toda persona mayor de 60 años se

define como una persona mayor o anciana, el cual los subdivide en las siguientes categorías:

- Edad avanzada 60 – 74 años.
- Viejos o ancianos 75 – 89 años.
- Grandes viejos- longevos 90 – 99 años.
- Centenarios más de 100 años.

#### **2.2.1.1. Tipos de adultos mayores**

Para (López, 2016), citado por (Quinga, 2022) manifiesta que a medida que pasan los años aumenta la prevalencia de enfermedades y discapacidades. Sin embargo, también es cierto que muchos adultos mayores alcanzan edades avanzadas con un buen estado de salud. Además, no todos los adultos mayores son iguales a pesar de tener edades similares, pueden ser bastante diferentes por lo que podemos encontrar algunas características o tipos de adultos mayores en función de su nivel de condición y capacidad física:

**Anciano sano.** Se refiere al anciano sin enfermedades objetivas, sus capacidades funcionales están bien conservadas, puede realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de forma independiente y no presenta ningún problema psiquiátrico o social (p. 14).

**Anciano enfermo.** Es un anciano sano con una enfermedad aguda, son personas que acuden a consultas médicas para realizarse un solo procedimiento, no presentan otras enfermedades importantes ni tampoco problemas mentales ni sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con regularidad (p. 14).

**Anciano frágil.** Es aquel adulto mayor que sigue siendo independiente, presenta alto riesgo de volverse dependiente, es una persona con una o

varias enfermedades, puede valerse por sí mismo gracias al equilibrio adecuado que tiene con su entorno socio- familiar, sus actividades básicas las realizan de forma independiente, pero puede necesitar ayuda en las actividades instrumentales más complejas (p. 15).

**Ancianos geriátricos.** Paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), es decir que necesitan ayuda de otros y tienen una alta incidencia de trastornos psiquiátricos y problemas sociales (p. 15).

### **2.2.2. Terapeuta ocupacional**

Es un profesional con estudios universitarios oficiales y una formación sociosanitaria especializada, englobada en el ámbito de la rehabilitación. El ejercicio de la terapia ocupacional y la aplicación de tratamientos de Terapia Ocupacional, están regulados en nuestro país por la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (Aragonés, et. al., 2016).

El terapeuta ocupacional, como se indicó en la (Conferencia Nacional de Directores de escuelas universitarias de Terapia Ocupacional, 2004), se centra en las actividades funcionales y proporciona los siguientes servicios a los pacientes de rehabilitación:

- Evalúa y entrena al paciente en las actividades de autocuidado (por ejemplo, el vestido, la comida, el baño y la higiene personal) para aumentar al máximo la independencia. Enseña al paciente cómo usar las prótesis o las ayudas técnicas que pueden ser fabricadas por el terapeuta ocupacional, cuando sea necesario.
- Enseña el uso de la silla de ruedas y las transferencias, tanto en el hogar

como en la comunidad (por ejemplo, el paso de la silla de ruedas al retrete).

- Entrena al paciente en las habilidades del cuidado de la casa, a través de las modificaciones más simples, para minimizar la fatiga y conservar la energía.
- Explora la habilidad profesional y los intereses prevocacionales junto con el consejero profesional, cuando nos encontramos ante un cambio de empleo o de institución educativa.
- Ayuda a mantener y mejorar el rango articular del movimiento, la fuerza muscular, la resistencia, la coordinación y la destreza, particularmente en las extremidades superiores.
- Evalúa y entrena al paciente para compensar los déficits sensoriales, perceptivos y cognitivos que aparecen cuando se realiza una función.
- Evalúa el hogar y realiza las modificaciones necesarias para proporcionar un ambiente sin obstáculos y barreras.
- Evalúa las habilidades de los pacientes dentro de la comunidad y los entrena en las estrategias necesarias y en el uso de las ayudas técnicas, cuando sean necesarias.
- Evalúa el manejo y las habilidades y re adiestra a los pacientes cuando es necesario, usando los dispositivos de asistencia apropiados.
- Educa a la familia del paciente, enseñando y demostrando las técnicas diseñadas para mantener la independencia del paciente y minimizar la sobreprotección.
- Trabaja junto al paciente y el resto del equipo en el mantenimiento del equipo asistencial.

- Evalúa y maneja la disfagia en colaboración con logopedas y enfermeras.

### **3.2.3. Terapia ocupacional.**

Según la (Organización Mundial de la Salud - OMS) es un conjunto de técnicas métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud favoreciendo la restauración de la función del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional el año 2012, definió el Proceso de Terapia Ocupacional como “el modo en que los profesionales de Terapia Ocupacional ponen en práctica sus conocimientos para proporcionar servicios a los clientes. Este proceso incluye evaluación, intervención y seguimiento de los resultados, sucede dentro de la competencia de la disciplina, y requiere colaboración entre el terapeuta ocupacional, el asistente de terapia ocupacional y el cliente. Los profesionales de terapia ocupacional deben poseer la titulación apropiada y asumir las normas éticas, las leyes existentes y los reglamentos exigidos para cada etapa del proceso de la terapia ocupacional”.

#### **2.2.3.1. Fases de la Terapia ocupacional.**

Las fases de la terapia ocupacional, son las siguientes:

**Evaluación:** El Terapeuta Ocupacional evalúa lo que el cliente quiere y necesita realizar, puede realizar y ha realizado previamente, e identifica los factores que actúan como apoyo o limitación a la salud y la participación. La (AOTA, 2012) propone que los dos instrumentos fundamentales de la evaluación en Terapia Ocupacional son el Perfil Ocupacional y el Análisis de ejecución ocupacional, así como otros instrumentos de valoración estandarizados.

**Intervención:** Consiste en “facilitar la participación en la ocupación relacionada con la salud a través de las medidas adoptadas por los

profesionales de terapia ocupacional en colaboración con el cliente. La intervención se provee para ayudar al cliente a alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social; para identificar y lograr aspiraciones; para satisfacer necesidades y para cambiar o hacer frente al entorno en el que participa”.

**Resultados:** Tal y como se indicaba en el dominio de la Terapia Ocupacional diseñado por la (AOTA, 2012), el resultado esperado de la intervención de Terapia Ocupacional es “apoyar la salud y la participación en la vida mediante el compromiso con las ocupaciones” para tener claros los resultados obtenidos por el cliente, el terapeuta ocupacional evalúa los resultados observables en relación al desempeño ocupacional del cliente.

#### **2.2.4. Movilidad sensorial**

La movilidad nos va a permitir o no, desarrollar las distintas actividades de la vida diaria de manera independiente o con apoyo de otra persona. En el caso de que la persona presente un deterioro, una de las primeras funciones que perderá, será la movilidad, comenzando por la marcha (Aragonés, et. al., 2016).

#### **2.2.5. Terapia de Reminiscencia**

La reminiscencia constituye una forma de mantener el pasado personal y de perpetuar la identidad de la persona. Es una técnica muy completa ya que utiliza la estimulación, la comunicación, la socialización y el entretenimiento (Laborda, 2002, pág. 42). Se pueden utilizar temas desde el recuerdo de hechos generales hasta recuerdos de experiencias personales.

(Jara, 2008) indica que:

En las personas afectadas con demencia, sabemos todos que tienen más memoria de su juventud, ya que se tratan de recuerdos muy aprendidos, fijados y repetidos o que tienen un especial significado emocional o

personal. La estimulación de los recuerdos y la expresión de los mismos puede ser de gran dificultad en aquellas personas con trastornos de lenguaje, pero el utilizar por ejemplo canciones u otro tipo de estimulación sensorial como olores, ruidos. puede ayudar a conseguir el efecto que deseamos (Pág. 11).

### **2.2.6. La terapia ocupacional en los adultos mayores.**

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

En primer lugar, el proceso de envejecimiento conlleva, a su vez, a la aparición de una fragilidad ocasionada por la disminución de la reserva fisiológica del organismo y los cambios en los sistemas anatomofisiológicos, que es suficiente para provocar un principio de deterioro funcional, que si progresa lleva a la persona a una situación de vulnerabilidad que requiere la utilización de servicios socio sanitarios. Si estas necesidades no son cubiertas, se produce la dependencia, que, más tarde, puede llevar a la institucionalización y, finalmente, al fallecimiento (Alegre, 2010, p. 11).

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

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

llamativo y que señala la vejez como grupo especialmente susceptible de presentar problemas para desempeñar ocupaciones es el de las consecuencias del desarrollo y mejora de la atención sociosanitaria en los países desarrollados, que ha reducido la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida pero que, sin embargo, ha incrementado la discapacidad en los sectores de población más envejecidos (Alegre, 2010, p. 12).

### **2.2.7. Actividades de la Vida Diaria/Actividades Instrumentales de la Vida Diaria**

AVD/AIVD (Actividades de la Vida Diaria/Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) son conceptos clave en terapia ocupacional. Estas actividades son esenciales para la independencia y el bienestar de las personas. La terapia ocupacional se enfoca en mejorar la capacidad de una persona para realizar estas actividades para que pueda vivir más independiente y participar en su comunidad.

Según Peralta et al. (2020), las AVD son actividades cotidianas, como vestirse, bañarse, ir al baño, comer, entre otras, que son necesarias para la supervivencia básica. Por otro lado, las AIVD son actividades más complejas, como manejar el dinero, realizar compras, cocinar, limpiar, entre otras, que son necesarias para la vida independiente y la participación en la comunidad.

La evaluación y el tratamiento de AVD/AIVD son esenciales para los terapeutas ocupacionales. La evaluación se utiliza para identificar las áreas de dificultad en las actividades diarias de la persona y establecer objetivos de tratamiento. El tratamiento puede incluir la enseñanza de habilidades, el uso de adaptaciones y la modificación del entorno para mejorar la capacidad de la persona para realizar estas actividades.

Para un terapeuta ocupacional, es importante comprender cómo las AVD/AIVD pueden afectar la calidad de vida de las personas y cómo tratarlas adecuadamente. La terapia ocupacional puede ayudar a las personas a vivir de manera más independiente y mejorar su participación en la sociedad.

## **2.3. MARCO DE REFERENCIA**

### **2.3.1. Marco histórico**

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuyo de Argentina, en su cuadernillo de introducción a la terapia ocupacional (s.f.), nos indica que es a partir del año 2600 a.C. que “en el extremo oriental, los chinos creían que la enfermedad era producida por la inactividad y usaban el entrenamiento físico, mediante una serie de ejercicios, para mejorar la salud e incluso para ser inmortales” (p. 2); en cambio, los griegos, Pitágoras, Tales de Mileto y Orfeo en sus respectivos tiempos “utilizaron las canciones, la música y la literatura como terapia para curar las enfermedades variadas. Por ejemplo, Hipócrates promovía la lucha libre, la lectura y el trabajo con el fin de mantener y mejorar el estado de salud” (p. 3).

“Durante la Edad Media apenas se desarrolla la idea del uso de la ocupación con fines terapéuticos y hay que esperar hasta el Renacimiento. El islam se convirtió en el heredero de la ciencia médica griega y romana y, aunque en menor medida, conservó los primeros esbozos de interés por la ocupación como terapia. Dentro de sus máximos exponentes del saber se encuentra Avicena (980-1037), médico árabe de la época, considerado como el Galeno del islam. Autor del Canon de medicina...” (Bernués, 2004, p. 6).

(Bernués, 2004), también nos dice que “en occidente el saber se concentra en las órdenes religiosas, que, ya desde el primer momento de su fundación, contemplan el cuidado de los enfermos y el acercamiento de estos a la

ocupación. Como ejemplo, la regla de San Benito, creada en el año 529, que, en su capítulo 48º, expone: *A los hermanos enfermos o delicados se les dará una obra o trabajo que les guarde de la ociosidad, sin abandonarles, pero sin inducirles tampoco a esquivarlo*” (p. 6).

Otro antecesor de la Terapia Ocupacional es el denominado movimiento de las artes y oficios, que surge a partir de 1860. Las ideas de este Movimiento tienen también su origen en Inglaterra: John Ruskin (1819-1900) y Williams Morris (1834-1896) son sus principales representantes.

(Bernués, 2004), señala que las ideas básicas de los fundadores de las Sociedades de Artes y Oficios “ensalzan el valor del producto manufacturado y rechazan la producción industrial. Desde su perspectiva, la producción en cadena cercena la integridad del trabajador y su valía como ser humano; consecuencia del trabajo repetitivo, desligado de valores culturales, en el que prima la cantidad y rapidez en la producción frente a la calidad y elaboración del producto realizado” (p. 10).

Durante la Primera Guerra Mundial la Terapia Ocupacional se abrió al enfoque científico para el tratamiento de la incapacidad física, usándose por primera vez dispositivos, técnicas y métodos como el análisis cinesiológico, etc. Bernués señala por tanto que:

“Las relaciones que explican los efectos de tal acontecimiento en la Terapia Ocupacional se articulan alrededor de tres aspectos fundamentales: 1. La implicación de los fundadores (Dunton, Slagle y Kidner) durante el periodo bélico, tanto en la formación de profesionales como en la provisión de servicios a los soldados. 2. La demanda durante el tiempo de guerra de trabajadores ocupacionales, que incidió en la necesidad de clarificar el tipo de servicio que promovían los fundadores de la Terapia Ocupacional y 3. la vinculación de la Terapia Ocupacional a las prácticas médicas de la rehabilitación física” (p. 13).

Por último, el autor nos indica que “la finalización de la primera guerra mundial provocó que decrezca el número de pacientes con discapacidad física y que la práctica clínica vuelva a concentrarse en el campo de la salud mental” (p. 15). Tanto así que, “en Estados Unidos, en 1937, los terapeutas ocupacionales en activo en los distintos ámbitos clínicos se distribuyen según los siguientes porcentajes: 2% en ortopedia, 59 % en hospitales psiquiátricos, 25% en hospitales generales, 8% en hospitales de tuberculosos, y el 6% en otras instituciones” (Hopkins y Smith, 1998, citados por Bernués, 2004, p. 15).

### **2.3.2. Marco Jurídico:**

#### **2.3.2.1. Constitución Política del Estado**

El Marco Jurídico esta dado en primer lugar por la Constitución Política del Estado, que en sus Artículo 67 y 68 reconoce y establece los Derechos de las personas adultas mayores:

##### **Artículo 67.**

I. Además de los derechos reconocidos en esta Constitución, todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana.

##### **Artículo 68.**

I. El Estado adoptará políticas públicas para la protección, atención, recreación, descanso y ocupación social de las personas adultas mayores, de acuerdo con sus capacidades y posibilidades.

II. Se prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación a las personas adultas mayores.

**5.2.2. Ley N° 369 – Ley general de las personas adultas mayores, de 01 de mayo de 2013.**

**Artículo 4°. (Carácter de los derechos)** Los derechos de las personas adultas mayores son inviolables, interdependientes, intransferibles, indivisibles y progresivos.

**Artículo 5°. (Derecho a una vejez digna)** El derecho a una vejez digna es garantizado a través de:

- a. La Renta Universal de Vejez en el marco del Régimen No Contributivo del Sistema Integral de Pensiones - SIP.
- b. Un desarrollo integral, sin discriminación y sin violencia.
- c. La promoción de la libertad personal en todas sus formas.
- d. El acceso a vivienda de interés social.
- e. La provisión de alimentación suficiente que garantice condiciones de salud, priorizando a las personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad.
- f. La práctica de actividades recreativas y de ocupación social, otorgando para ello la infraestructura, equipamiento y los recursos necesarios para su sostenibilidad.
- g. El desarrollo de condiciones de accesibilidad que los permitan utilizar la infraestructura y los servicios de las instituciones públicas, privadas, espacios públicos, medios y sistemas de comunicación, tecnología y transporte.
- h. La incorporación al desarrollo económico productivo, de acuerdo a sus capacidades y posibilidades.

- i. El reconocimiento de la autoridad, saberes, conocimientos, experiencias y experticia, adquiridos en su proceso de vida.
- j. La implementación de programas especiales de información sobre los derechos de las personas adultas mayores.
- k. Promoción de la formación técnica, alternativa y superior.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Enfoque**

Por las características del objeto de estudio de la presente investigación, se utilizó el enfoque cuantitativo, en primer lugar, se realizó una recolección de datos y en base a eso se hará una medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer criterios de los resultados obtenidos de la terapia ocupacional a los adultos mayores de Romero Pampa y Santiago II, dado en un solo momento determinado y a un determinado grupo encuestados seleccionados mediante muestra.

Para esto, se necesitó la participación en la encuesta (elegida como técnica) a familiares de los participantes, a los participantes y como dato adicional a los administrativos de las asociaciones.

#### **3.2. Tipo**

Por las características de esta tesis, ésta se basó en un estudio de tipo descriptivo, orientado fundamentalmente a describir y obtener información de situaciones y eventos, es decir, cómo se manifestó determinado fenómeno de estudio. En este caso la descripción es enteramente de los resultados de la terapia ocupacional.

Al respecto (Sabino, 1992) sostiene que:

La investigación descriptiva consiste en: describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto su estructura o comportamiento. De esta manera se puede obtener información sistemática sobre las mismas.

Para (Hernández & Fernández, 2003):

Estos estudios miden de manera independiente los conceptos o variables a los que se refieren. Aunque, desde luego, pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar (Pág. 236).

### **3.3. Diseño – No Experimental**

El diseño no experimental, también conocido como diseño observacional, se caracteriza por la observación y registro de fenómenos tal como ocurren en su entorno natural, sin la manipulación directa de variables por parte del investigador. A diferencia de los diseños experimentales, donde se busca establecer relaciones causales manipulando variables independientes, los diseños no experimentales se centran en la observación y descripción de comportamientos, situaciones o fenómenos.

En esta tesis, se usó la técnica de la encuesta, así como también la observación, donde no se manipula de ninguna manera las variables, al contrario, solo serán sujetas a descripción y sus efectos en su entorno.

### **3.4. Métodos de investigación**

#### **3.4.1. Método deductivo**

Debemos señalar, que, el razonamiento deductivo como indica (Dávila, 2006, p. 185) “utiliza el método deductivo que relaciona tres momentos de la deducción: 1) Axiomatización (1er principio) se parte de axiomas; verdades que no requieren demostración, 2) Postulación se refiere a los postulados, doctrinas asimiladas o

creadas y 3) Demostración, referido al acto científico propio de los matemáticos, lógicos, filósofos. A pesar de sus limitaciones, es de utilidad para la investigación, ofrece recursos para unir la teoría y la observación, además de que permite a los investigadores deducir a partir de la teoría los fenómenos que habrán de observarse. Las deducciones hechas a partir de la teoría pueden proporcionar hipótesis que son parte esencial de la investigación científica”, vale decir investigar de lo general a lo particular.

En la presente investigación el método deductivo nos permitió tomar conocimiento a través del razonamiento lógico de la temática abordada y descomponer las partes fundamentales del todo a lo más particular para entender sus partes específicas.

#### **3.4.2. Método inductivo**

Al hablar del método inductivo, debemos remitirnos a lo que señala (Morán, 2010) al decir que es aquel en el que “se utiliza el razonamiento para obtener conclusiones que parten de hechos particulares aceptados como válidos, para llegar a conclusiones cuya aplicación sea de carácter general”.

Se utilizará este método ya que va de lo particular a lo general, y nos permitió trascender los casos particulares para llegar a conclusiones generales. La ventaja de este método es que impulsa al investigador a ponerse en contacto directo con el objeto de la investigación.

#### **3.4.3. Método de Análisis y Síntesis**

El método analítico consiste en la descomposición de un todo en sus elementos, que también será de mucha utilidad en la presente investigación, ya que nos permitirá estudiar el comportamiento del problema, por separado y en sus partes más importantes. El análisis presupone a la síntesis y viceversa, ya que la síntesis es una totalidad que contiene todo el sistema de relaciones, que nos

permitirá la elaboración de las conclusiones correspondientes. Estos métodos son a entender de (Méndez, 2013), procesos mentales que detalla como:

“Los conceptos de análisis y síntesis se refieren a dos procesos mentales o actividades que son complementarias entre sí, nos sirven para el estudio de problemas o realidades complejas. El análisis consiste en la separación de las partes de esos problemas o realidades hasta llegar a conocer los elementos fundamentales que los conforman y las relaciones que existen entre ellos. La síntesis, se refiere a la composición de un todo por reunión de sus partes o elementos, que se puede realizar uniendo las partes, fusionándolas u organizándolas de diversas maneras” (Pág. 98).

#### **3.4.4. Método estadístico**

(Jiménez, 2001) al hablarnos de la estadística, nos dice que ésta puede definirse como un “método de razonamiento que permite interpretar datos cuyo carácter esencial es la variabilidad, la finalidad de la estadística es utilizar datos obtenidos en una muestra para realizar inferencias válidas para una población más amplia de individuos de características similares”.

En la presente investigación, este método nos permitió presentar estadísticas sobre los datos obtenidos en la recolección, a partir de encuestas sobre nuestro objeto de estudio.

#### **3.5. Técnicas de investigación**

Las técnicas de investigación utilizadas en este trabajo es primordialmente la técnica de recolección de datos. Los instrumentos utilizados en esta investigación son específicamente de investigación bibliográficas, libros, reportes, entrevistas y artículos en diferentes medios de comunicación, etc.

Las técnicas utilizadas en la presente investigación son las siguientes:

### **3.5.1. Recolección de datos y revisión bibliográfica**

Se entiende por recolección de datos todo aquel acopio de información respecto al tema de nuestra investigación, nos permitirá conocer y entender mejor el objeto de estudio. Esta técnica permite realizar una amplia investigación a partir de la revisión de textos, artículos, manuales, entre otros para conocer plenamente la temática que se aborda, desde los primeros estudios hasta los más actuales para poder hacer una comparación de la evolución de la concepción y teorización de la temática.

“El trabajo de revisión bibliográfica constituye una etapa fundamental de todo proyecto de investigación y debe garantizar la obtención de la información más relevante en el campo de estudio, de un universo de documentos que puede ser muy extenso” (Benavent, 2011).

(Mejía, 2005) por su parte nos indica, que, toda medición o instrumento de recolección de los datos debe reunir dos requisitos esenciales: confiabilidad y validez. La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados. La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

### **3.5.2. Observación**

La observación activa es una técnica por la cual se podrá ver y analizar la realidad de nuestro objeto de estudio, su comportamiento a asimilación ante distintas condiciones. A entender de (Mejía, 2005), después de conseguir muchas respuestas mediante el cuestionario, se realizan observaciones para confirmar si el comportamiento real de los sujetos concuerda con las actitudes y opiniones que expresaron.

Con esta técnica se vio de cerca al objeto de investigación de forma práctica, que es la aplicación de la terapia ocupacional en adultos mayores en las Asociaciones Romero Pampa y Santiago II de la Ciudad de El Alto, que nos permitió sacar conclusiones prácticas sobre nuestro objeto de investigación.

### **3.5.3. Encuestas**

La encuesta puede definirse como “una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra obtenida de un universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características” (Casas, 2002).

El procedimiento de aplicación fue un cuestionario con preguntas cerradas que se realizará a través de *Google forms*; se empleó encuestas a la muestra seleccionada para ver la percepción que tienen sobre la terapia ocupacional aplicada en adultos mayores.

## **3.6. Instrumentos de Investigación**

### **3.6.1. Análisis documental**

Una vez se recolecten y acopien todos los datos necesarios para la investigación se procederá con la técnica de analizar los datos recolectados, sintetizarlos y plasmarlos en la presente investigación.

“El análisis documental es una forma de investigación técnica, un conjunto de operaciones intelectuales, que buscan describir y representar los documentos de forma unificada sistemática para facilitar su recuperación. Comprende el procesamiento analítico- sintético que, a su vez, incluye la descripción bibliográfica y general de la fuente, la clasificación, indización, anotación, extracción, traducción y la confección de reseñas” (García, 2002).

A través del cual se esquematizó y sintetizó la información recopilada mencionada anteriormente.

### **3.6.2. Cuestionario para las encuestas**

El instrumento básico utilizado en la investigación por encuesta es el cuestionario, que se define como el documento que recoge de forma organizada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo de la encuesta, según (Padilla, 1998). De esta definición podemos concluir que la palabra cuestionario se refiere al formulario que contiene las preguntas que son dirigidas a los sujetos objeto de estudio. El objetivo que se persigue con el cuestionario es traducir variables empíricas, sobre las que se desea información, en preguntas concretas capaces de suscitar respuestas fiables, válidas y susceptibles de ser cuantificadas (Casas, 2003).

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

#### **4.1. Resultados obtenidos en las encuestas**

Dentro de las técnicas utilizadas en la investigación se realizó una encuesta enfocada a la población de la ciudad de El Alto en general, con un cuestionario de 7 preguntas que se pasan a explicar a continuación y que dieron como resultado datos que serán analizados en el presente acápite.

#### **4.2. Población**

La población objetivo de esta intervención de terapia ocupacional comprende todos los adultos mayores que son miembros de las asociaciones que se encuentran en la ciudad de El Alto. La población incluye a adultos mayores que pueden experimentar dificultades en el mantenimiento o desarrollo de habilidades cognitivas o sensoriales debido al proceso natural de envejecimiento o a condiciones específicas relacionadas con la edad.

#### **4.3. Muestra**

La muestra para esta intervención de terapia ocupacional fue seleccionada de manera aleatoria simple de entre los miembros de las asociaciones Romero Pampa y Santiago II. Se eligió a una muestra representativa que refleje la diversidad de la población de adultos mayores en estas asociaciones en términos de género, nivel socioeconómico, nivel educativo y otras características relevantes. Se invitó a participar en el programa de terapia ocupacional a un número determinado de adultos mayores que cumplan con los criterios de inclusión establecidos, como la capacidad para participar en actividades terapéuticas y la ausencia de contraindicaciones médicas significativas. La muestra seleccionada es de 50.

#### 4.4. Tipo de muestra

La muestra será PROBABILÍSTICA, ya que la selección de la muestra fue aleatoria y esto nos garantiza independencia en las observaciones.

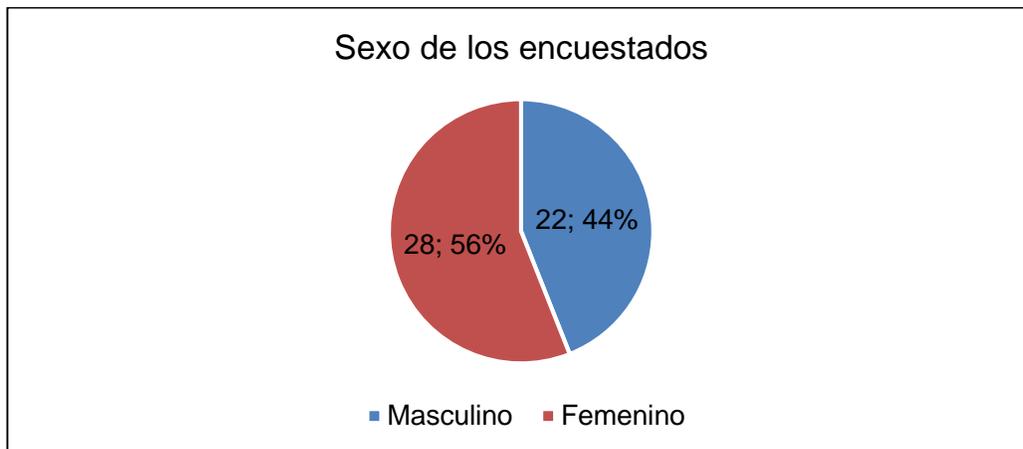
#### 4.5. Cuestionario

El cuestionario de la encuesta fue de preguntas cerradas, en las que los encuestados debían elegir una sola opción o varias en el caso de las preguntas que así lo permitían. Inicialmente se presentó la encuesta como un medio de obtención de datos específicamente para la presente investigación, titulado ésta: **“Encuesta sobre la percepción de las personas sobre la terapia ocupacional en adultos mayores”**.

**Descripción:** La presente encuesta, tiene fines netamente investigativos para la realización de la tesis titulada: "Terapia ocupacional para fortalecer las habilidades y destrezas cognitivas o sensoriales en los adultos mayores de las Asociaciones Romero Pampa y Santiago II de la ciudad de El Alto". Se le agradece de antemano el ayudarnos respondiendo las siguientes preguntas:

#### Pregunta 1. Sexo de los encuestados:

**Gráfico 1. Sexo de los encuestados.**



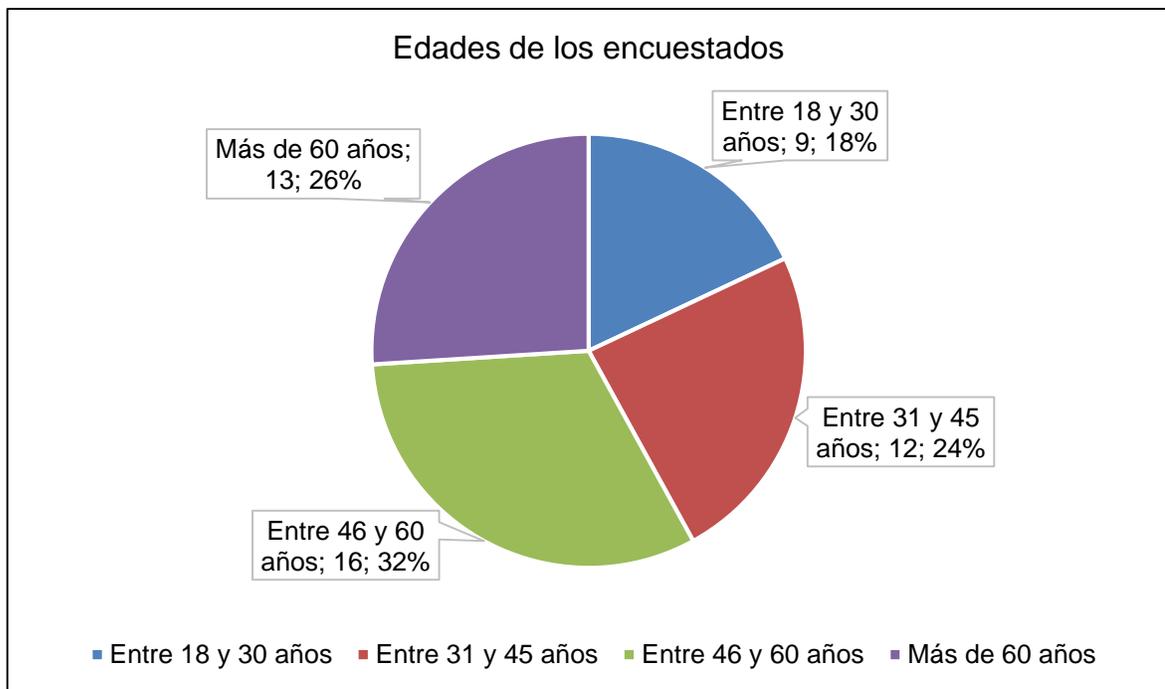
*Fuente: Elaboración propia.*

### Interpretación:

Dentro de los 50 encuestados, vemos que 28 personas son de género femenino, lo que equivale a 56% de los encuestados, y un número de 22 encuestados son de género masculino, que corresponde al 44%. Por lo que se llega a ver que la encuesta tendrá una visión equilibrada entre las opiniones de varones y mujeres.

### Pregunta 2. Edad de los encuestados:

**Gráfico 2. Edad de los encuestados**



*Fuente: Elaboración propia.*

### Interpretación:

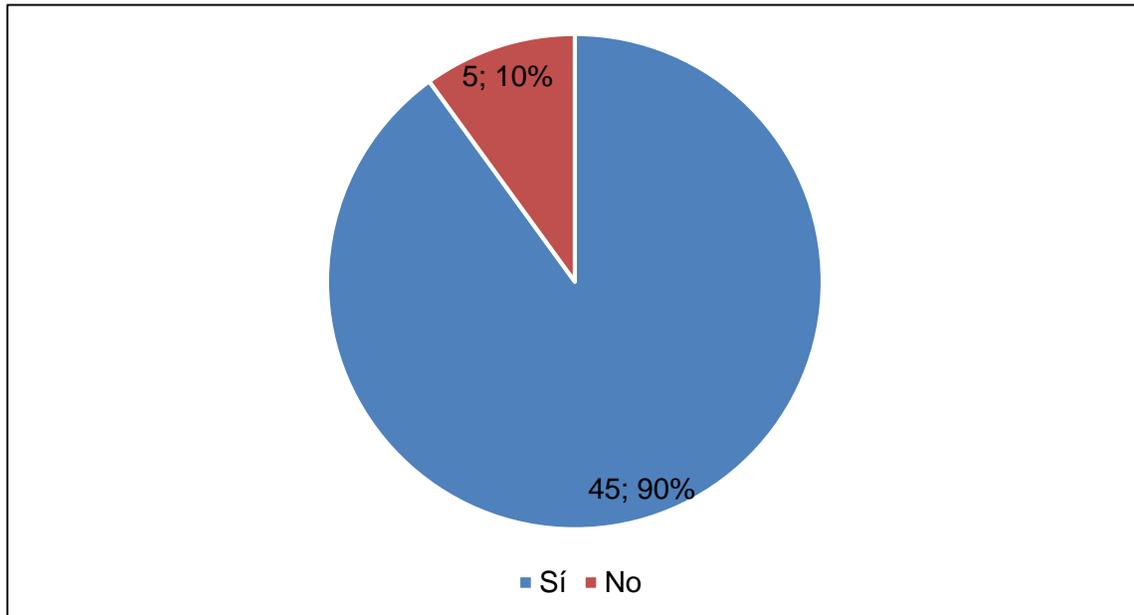
Dentro de los 50 encuestados, se tiene los siguientes resultados: 9 personas tienen una edad entre los 18 y 30 años, equivalente al 18% de los resultados; 12 personas tienen una edad entre los 31 a 45 años de edad, correspondiente al 24% de los encuestados; 16 personas tienen una edad entre los 46 y 60 años,

equivalente al 32 % de los encuestados y el restante 26% muestra la cantidad de encuestados mayores a 60 años de edad, vale decir 13 encuestados.

Éstos datos nos dan cuenta de que los resultados obtenidos serán a partir de las opiniones de una población adulta, que conoce sobre la temática referida a la terapia ocupacional en adultos mayores.

**Pregunta 3. ¿Conoce usted o ha escuchado hablar usted sobre la terapia ocupacional y sus beneficios?**

**Gráfico 3. Conocimiento de los encuestados sobre la terapia ocupacional.**



*Fuente: Elaboración propia.*

**Interpretación:**

Al preguntarle a la población si conoce o ha escuchado sobre la terapia ocupacional y sus beneficios, se obtuvo una respuesta favorable, ya que un total de 45 personas, equivalentes al 90% de la población respondieron

afirmativamente y tan solo el restante 10%, representado por 5 personas indicaron que no la conocen.

Este dato refleja que quienes respondieron la encuesta, lo hacen desde una mirada de conocimiento de la terapia ocupacional y sus beneficios.

**Pregunta 4. ¿Cuán importante considera que es la terapia ocupacional para los adultos mayores?**

**Gráfico 4. Importancia de la terapia ocupacional enfocada a los adultos mayores.**



*Fuente: Elaboración propia.*

**Interpretación:**

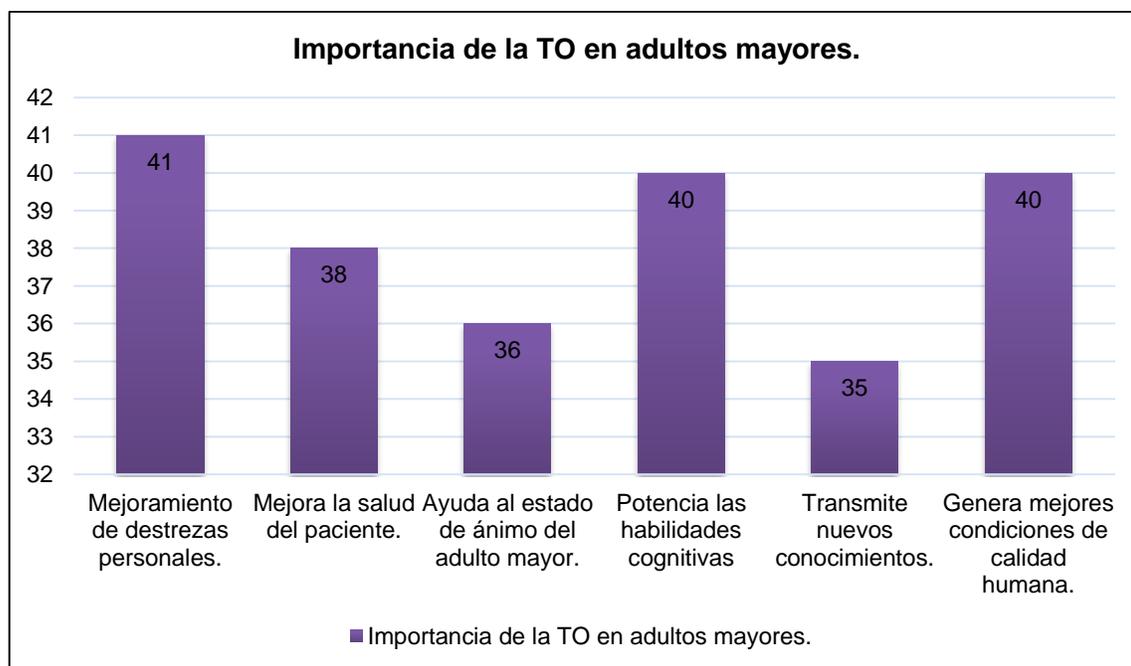
Al consultar a la población si cree que la terapia ocupacional es importante en los adultos mayores (población mayor a los 60 años), se obtuvieron las siguientes respuestas: Un total de 21 encuestados respondieron que esta terapia enfocada en los adultos es demasiado importante; 14 personas respondieron que es

importante; por otro lado, 9 encuestados califican esta terapia “medianamente importante” y las restantes 6 respuestas indicaron que no es importante.

Estos datos confirman la necesidad de que se estudie la terapia ocupacional enfocada en la población adulta mayor, que gana cada vez más importancia a ojos de la sociedad; pero también para el Estado.

**Pregunta 5. ¿Por qué consideraría que la terapia ocupacional es importante para los adultos mayores? (seleccione todas las opciones que considere correctas):**

**Gráfico 5. Razones por las que la terapia ocupacional es importante para los adultos mayores.**



*Fuente: Elaboración propia.*

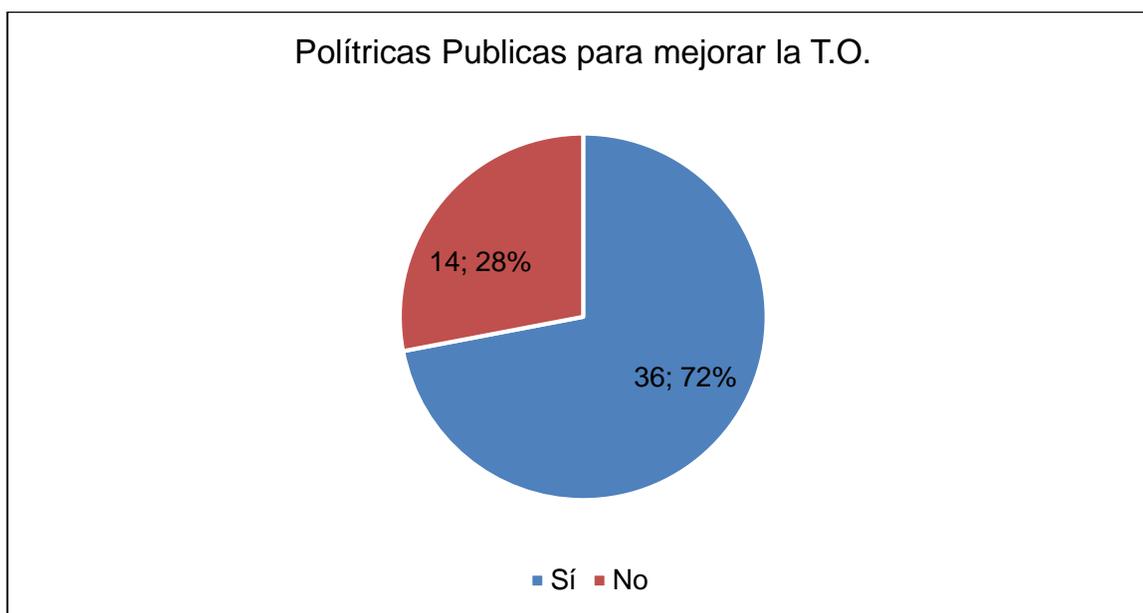
**Interpretación:**

Se preguntó a la población porque consideran que la terapia ocupacional es importante para los adultos mayores, y se obtuvieron las siguientes respuestas:

41 personas creen que la T.O. mejora las destrezas personales de la población adulta; 38 encuestados señalaron que mejora la salud del paciente, en general; 36 personas señalaron que ayuda al estado de ánimo del adulto mayor; 40 encuestados creen que potencia las habilidades cognitivas de este grupo etario; 35 personas indicaron que transmite nuevos conocimientos a los adultos mayores, a través de procesos especiales de enseñanza; y, finalmente 40 personas indicaron que se generan mejores condiciones de calidad humana.

**Pregunta 6. ¿Consideraría importante mejorar las políticas públicas que permitan dar mejores condiciones para la realización de terapias ocupacionales a los adultos mayores?**

**Gráfico 6. Necesidad de mejorar las políticas públicas para las terapias ocupacionales de adultos mayores.**



*Fuente: Elaboración propia.*

**Interpretación:**

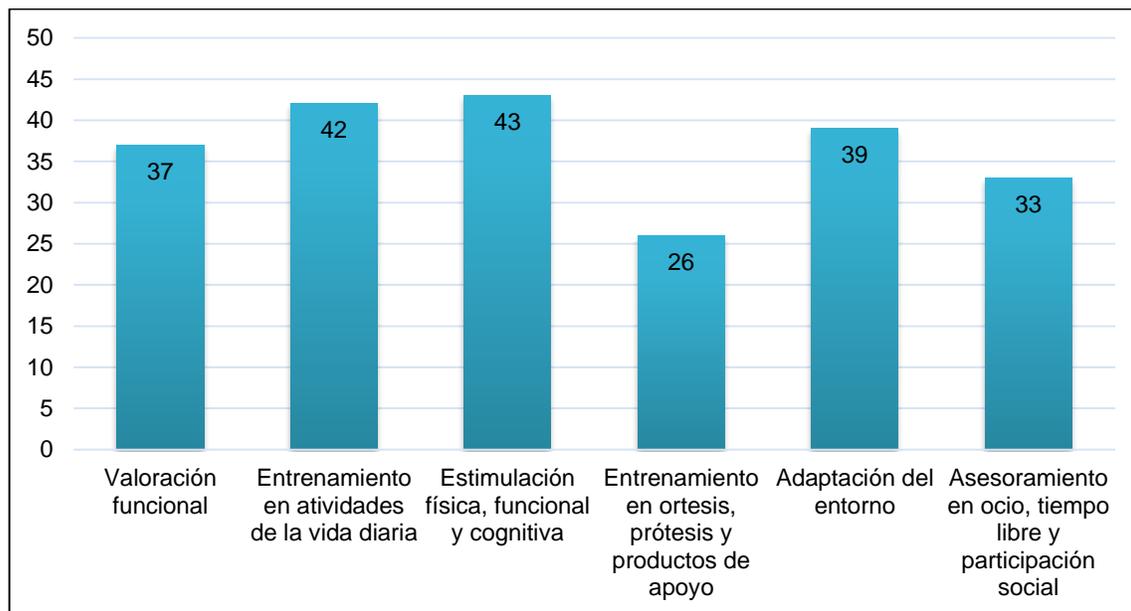
De los 50 encuestados, un total de 36, equivalente al 72% de la población indicó que es importante que existan mejores políticas públicas que creen nuevos

espacios de terapia ocupacional para los adultos mayores; y un número de 14 personas señalaron que no ven importante la adopción de estas políticas.

Estos datos, reflejan la necesidad que desde los espacios de toma de decisiones se pueda impulsar mejores políticas públicas que permitan dar una terapia ocupacional integral a los adultos mayores.

### **Pregunta 7. ¿Qué tipos de terapia ocupacional enfocados a adultos mayores conoce?**

**Gráfico 7. Tipos de terapia ocupacional enfocados en adultos mayores.**



*Fuente: Elaboración propia.*

### **Interpretación:**

Al consultar a las personas sobre los tipos de terapia ocupacional que conocen enfocados a los adultos mayores, se obtuvieron las siguientes respuestas: 37 encuestados señalaron que una valoración funcional; 42 personas indicaron que ayuda en un entrenamiento en actividades de la vida diaria; 43 encuestados se concentraron en la estimulación física, funcional y cognitiva; 26 señalaron que la

terapia ocupacional los apoya en entrenamiento en ortesis, prótesis y productos de apoyo; 39 consideran que es de utilidad para una mayor adaptación del entorno; y, los últimos 33 creen que apertura un espacio de asesoramiento en ocio, tiempo libre y participación social.

Todas estas son terapias ocupacionales enfocadas en adultos mayores, permiten que estos tengan un mayor potenciamiento en sus destrezas y habilidades.

### **Propuesta de Intervención de Terapia Ocupacional**

<b>Propuesta de Intervención de Terapia Ocupacional</b>	
<b>Propósito</b>	
Contribuir a la mejora de capacidades personales, ocupacionales, familiares y de interacción social en los usuarios, con el objetivo de que logren un adecuado desempeño ocupacional dentro de sus entornos cotidianos, optimizando sus recursos personales, con el fin de favorecer y promover su bienestar y calidad de vida.	
<b>Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional</b>	
<b>Modelo de Ocupación Humana MOHO</b>	<p>El plan de intervención se enfocará en utilizar el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) como enfoque principal para promover el bienestar emocional, la salud mental y mejorar la calidad de vida de las personas en la segunda instancia.</p> <p>El MOHO se basa en la teoría de que el ser humano es un ser ocupacional y que la participación activa en actividades significativas y ocupaciones es</p>

esencial para promover el bienestar emocional y la salud mental.

Se llevarán a cabo intervenciones terapéuticas individualizadas basadas en el MOHO para fomentar el desarrollo de habilidades y capacidades para la realización de actividades de la vida diaria (AVD/AIVD) y el disfrute del ocio y tiempo libre.

Algunas de las intervenciones que se llevarán a cabo son las siguientes:

- Evaluación inicial de las ocupaciones, habilidades y patrones de conducta de la persona para identificar sus fortalezas y limitaciones.
- Establecimiento de objetivos personalizados que se ajusten a las necesidades y metas de la persona, a través de la identificación de actividades y ocupaciones que eran significativas para ella, que promovían su bienestar y que le otorgaban una sensación de logro.
- Desarrollo de un plan de tratamiento individualizado, que incluya actividades y rituales, para mejorar el desempeño en las AVD/AIVD y el disfrute del tiempo libre.
- Implementación de técnicas terapéuticas basadas en el MOHO, como la adaptación ambiental, la utilización de ayudas técnicas y el entrenamiento en habilidades cognitivas y motoras, para mejorar la

	<p>realización de las actividades cotidianas y garantizar una mayor autonomía e independencia funcional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomento de la toma de decisiones activa y la promoción de la elección de actividades gratificantes, para mejorar el bienestar emocional y el desarrollo de una autoimagen gratificante.</li> <li>- Establecimiento de redes de apoyo y fomento del contacto social, para promover el bienestar emocional y la calidad de vida.</li> </ul>
<p><b>Bienestar, Salud Mental y Calidad de Vida</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Actividades de relajación y meditación para reducir el estrés y la ansiedad.</li> <li>2) Actividades de aeróbic y ejercicios físicos para mejorar el estado físico y la salud en general.</li> <li>3) Actividades de arteterapia y musicoterapia para mejorar el bienestar emocional y la autoexpresión.</li> <li>4) Actividades de terapia ocupacional para el manejo de enfermedades crónicas o discapacidades físicas y mentales.</li> <li>5) Actividades de psicoeducación para promover la prevención y el autocuidado de la salud mental.</li> <li>6) Actividades que fomenten el contacto y la colaboración social para mejorar la calidad de vida y el apoyo social.</li> </ol>

	<p>7) Actividades de terapia ocupacional para la rehabilitación y reintegración laboral después de una enfermedad psíquica o un accidente.</p> <p>8) Actividades de juego y recreación para mejorar la motivación y el humor.</p>
<b>Modalidad de Trabajo</b>	<p>1. Evaluación: Se evalúa las capacidades y limitaciones del paciente para realizar actividades diarias y establece objetivos de tratamiento.</p> <p>2. Tratamiento individual: El terapeuta trabaja de forma individual con el paciente, adaptando actividades y programas de acuerdo a las necesidades y objetivos específicos de cada uno.</p> <p>3. Tratamiento grupal: El terapeuta utiliza actividades y dinámicas en grupo para trabajar habilidades sociales, comunicación y cooperación entre los pacientes.</p> <p>4. Intervención en el hogar: El terapeuta visita al paciente en su hogar para trabajar en las actividades diarias y mejorar la independencia en un entorno familiar.</p>
<b>AVD/AIVD (Actividades de la Vida Diaria/Actividades Instrumentales de la Vida Diaria)</b>	<p>1. Preparación de comidas: enseñar habilidades de cocina y alimentación saludable para que puedan seguir una dieta equilibrada.</p>

2. Limpieza del hogar: enseñar habilidades de limpieza y organización de la casa para mejorar el proceso de resolución de problemas en el hogar.

3. Compras: enseñar habilidades de compra para mejorar la capacidad de comunicación y la organización de la tienda.

4. Vestirse: enseñar técnicas de coordinación y destreza para que puedan usar ropa y zapatos correctamente y ayudar a la independencia.

5. Aseo personal: enseñar técnicas de higiene personal y la importancia de mantener una buena higiene.

6. Uso del ordenador: enseñar habilidades de teclado y ratón para el uso adecuado del ordenador.

7. Mantenimiento de vehículos: enseñar habilidades de mantenimiento del automóvil, para mantener el vehículo seguro y en buen estado de funcionamiento.

8. Pasear por el vecindario: enseñar técnicas de seguridad para caminar al aire libre y ser independiente en el vecindario.

9. Participación en actividades sociales: ayudar a planificar participación en actividades sociales, para ayudar a crecer en las relaciones sociales y en la comunidad.

10. Ejercicio diario: ayudar a planificar programas de ejercicios adecuado para la edad y condición física.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

- La implementación de la terapia ocupacional en las asociaciones Romero Pampa y Santiago II de la ciudad de El Alto enfocada en los adultos mayores, ha fortalecido sus habilidades y destrezas cognitivas o sensoriales, las mismas han sido reflejadas a través de la satisfacción de los participantes, así como también de sus familiares.
- Habiendo observado la realidad en la que viven actualmente los adultos mayores de estas asociaciones Romero Pampa y Santiago II, es preocupante. Primero porque presentan deficiencias en temas de infraestructura, la misma es muy limitada; segundo, los adultos mayores presentan deficiencias físicas desde el punto de vista clínico; tercero, presentan deficiencias cognitivas que afectan su calidad de vida, su independencia y sobre todo su relacionamiento con otras personas, sintiéndose menos útiles.
- Para llevar adelante un proceso de terapia ocupacional enfocada en adultos mayores, como principal elemento es necesario contar con un equipo interdisciplinario de profesionales en salud, psicología, y otras ramas sociales y humanas, los cuales deben estar capacitados y especializados en la atención geriátrica. Otros elementos tienen que ver con una inversión económica que permita contar con ambientes, materiales y equipos de calidad para ser ejecutados en los procesos de terapia a los adultos mayores.
- Los resultados obtenidos de la terapia ocupacional reflejada en esta investigación demuestran que la terapia ocupacional fue una herramienta

eficaz para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, fortaleciendo sus habilidades y destrezas cognitivas o sensoriales. Para ser más específicos lograron tener en lo mental más razones para esforzarse e involucrarse con otros participantes, además, a través de dinámicas dirigidas a agudizar su capacidad intelectual, lograron resolver acertijos de acuerdo a su capacidad, permitiéndoles estar activos en la resolución de potenciales conflictos.

- Los familiares de los participantes mostraron optimismo con la terapia ocupacional, afirmando que sus adultos mayores están más comprometidos con sus quehaceres demostrando dinamismo en sus actividades, y eso se refleja en un mejor desenvolvimiento en su entorno familiar. Están conscientes que la finalidad de esta terapia cumplió su objetivo de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y fomentar su independencia y autonomía.

## 5.2. Recomendaciones

- Con base en los resultados positivos observados en la implementación de la terapia ocupacional en las asociaciones Romero Pampa y Santiago II de la ciudad de El Alto, especialmente dirigida a los adultos mayores, se sugiere continuar y fortalecer estas intervenciones. La evidencia de mejora en las habilidades y destrezas cognitivas o sensoriales, respaldada por la satisfacción tanto de los participantes como de sus familiares, sugiere que la terapia ocupacional es una estrategia valiosa para el bienestar y la calidad de vida de la población adulta mayor en estas comunidades.
- Se recomienda considerar la expansión de estas iniciativas, así como la posible implementación de programas similares en otras áreas que puedan beneficiarse de intervenciones centradas en el enriquecimiento cognitivo y sensorial de los adultos mayores. Además, se sugiere realizar evaluaciones periódicas para monitorear continuamente el impacto y ajustar las intervenciones según sea necesario, asegurando así un impacto positivo y sostenido en la salud y el bienestar de esta población.
- Se recomienda realizar evaluaciones exhaustivas de la infraestructura existente y desarrollar planes de mejora que aborden las limitaciones identificadas. Buscar posibles fuentes de financiamiento, tanto gubernamentales como privadas, para llevar a cabo proyectos de ampliación y mejora de instalaciones. Además, fomentar la colaboración con profesionales de la salud para realizar evaluaciones clínicas periódicas de los adultos mayores y proporcionar intervenciones adecuadas para mejorar su salud física. Implementar programas de ejercicio adaptados a las necesidades y capacidades individuales de los adultos mayores, promoviendo así la funcionalidad física y la autonomía.

- Otra recomendación es la de fomentar la colaboración y la comunicación entre los miembros del equipo para garantizar una atención holística que aborde tanto las necesidades físicas como emocionales y sociales de los adultos mayores.
- Individualizar las intervenciones según las necesidades y capacidades de cada participante, reconociendo la diversidad en habilidades cognitivas y sensoriales. Adaptar las dinámicas y actividades para desafiar y estimular de manera efectiva a cada individuo, maximizando así los beneficios terapéuticos. Implementar evaluaciones regulares para medir el progreso de los participantes en términos de habilidades cognitivas, sensoriales y su participación en actividades sociales.
- Utilizar los resultados de las evaluaciones para ajustar y personalizar las intervenciones terapéuticas de manera continua. Fomentar la participación activa de los adultos mayores en dinámicas grupales, promoviendo así la interacción social y el apoyo mutuo. Organizar actividades sociales y recreativas que fortalezcan los lazos comunitarios y contribuyan a un envejecimiento activo y saludable.

## Bibliografía

- Alegre Ayala, J. (2010). Fundamentos teóricos de la terapia ocupacional. La ocupación en la vejez. Madrid, España: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.
- Álvarez Castillo, J. L. (1994). Métodos y Técnicas de investigación familiar. En Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar (Número 9). <https://doi.org/10.36576/summa.28138>.
- Álvarez, C. A. (2011). Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa (Primera edición ed.). (U. P. Neiva, Ed.) Neiva, Colombia: Neiva. Recuperado el 14 de noviembre de 2019
- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2008). Occupational Therapy practice Framework: Domain and Process. 2da Edición. California, Estados Unidos.
- Américas, U. d. (Ed.). (2010). Entrevistas Procedimientos y técnicas de evaluación cualitativa. LA ENTREVISTA. Santiago, Chile. Recuperado el 23 de febrero de 2018
- Aragón Fernández, V. J., Araujo Barral, M. V., Avila Ponce, A., Barcenilla Calzado, P., Barrios Sánchez, A., Bartolomé González, M., . . . Carpetano Ariza, J. (2016). *Terapia ocupacional en geriatría, guía para usuarios, familiares y cuidadores*. Madrid, España.
- Bernués Vázquez Baena Paz, G. (2014). Metodología de la Investigación. Serie integral por competencias (Libro Online) (Número 2017). <http://www.editorialpatria.com.mx/pdf/files/9786074384093.pdf>
- Berrueta Maeztu, L. M., Ojer Ibiricu., M. J., & Trébol Urra, A. (2009). Introducción a la Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología. *Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología, VI*, 215 - 258. Obtenido de <https://www.revistatog.com/suple/num4/gerontologia.pdf>
- Carroll, J. B. (1993). Human cognitive abilities: a survey of factor - analytic studies. Nueva York, Estados Unidos: Cambridge University Press.
- Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J. R., & Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y

tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31(8), 527–538. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(03\)70728-8](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(03)70728-8)

Conferencia Nacional de Directores de escuelas universitarias de Terapia Ocupacional. (2004). Zaragoza, España: Guía de la diplomatura en terapia ocupacional.

Constitución Política del Estado. (9 de febrero de 2009). Bolivia: Gaceta Oficial del Estado.z, L. (2004). *Libro blanco de la diplomatura en Terapia Ocupacional*. Zaragoza: Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional.

Díaz Palominos, K. D. (diciembre de 2019). La práctica de terapia ocupacional en la realización de actividades de estimulación cognitiva desde un enfoque comunitario en grupos de personas de 60 años y más pertenecientes al programa "Más adultos mayores autovalentes". *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, XIX(1), 61 - 67.

Diccionario, Diccionario On-line. (s.f.). Recuperado el 28 de septiembre de 2022, de Definición. De: <https://definicion.de/recoleccion-de-datos/>

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuyo. (s.f.). *Cuadernillo de Introducción a la Terapia Ocupacional*. Mendoza, Argentina: Universidad Nacional de Cuyo.

Gaceta Oficial del Estado. (1 de mayo de 2013). Ley general de las personas adultas mayores. *Ley N° 369*. La Paz, Bolivia: Gaceta Oficial del Estado.

Hernández, M. A. (2010). Estudio de encuestas. 3ra Educación Especial. Recuperado el 21 de febrero de 2018

Jara Madrigal, M. (2008). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, vol. 22 (núm. 2). San José, Costa Rica; p. 1 - 14

Jiménez Echenique, J. (2018). La terapia ocupacional, fundamentos de la disciplina. *Cuadernos(1)*, 84 - 89.

Laborda, Soriano, A.A. Terapia ocupacional en una Unidad de Demencias Avanzadas (UDA). *Revista Geriatrika*, 2002; 18(3): p. 40 - 49.

- López García A., López Bueno L., Ariño Jordán C. (2002). Nuevas alternativas en la rehabilitación de las personas mayores: Programas de rehabilitación psicofuncional en Centros de Día Geriser. *Revista Geriatrika*, 2002; 18(4): 18-21.
- Marroquín Peña, R. (2012). Metodología de la Investigación. Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle, 1–26. <http://200.48.31.93/Titulacion/2013/exposicion/SESION-4-METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.pdf>
- Mejía M, E. (2005). Técnicas e instrumentos de investigación. *Métodos, técnicas e instrumentos de investigación*, 9972-834-08–05, 7. <http://online.aliat.edu.mx/adistancia/InvCuantitativa/LecturasU6/tecnicas.pdf>
- Montero Piñar, I., Hernández-Aguado, I., & Ruiz Pérez, I. (1995). Métodos estadísticos. *Medicina Clínica*, 104(10), 397–398. <https://doi.org/10.15381/anales.v28i3.9646>
- Morán, G., & Alvarado, D. (2010). Metodología de la investigación. En *Banrepcultural.Org*. [http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=EARTH.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=022575%5Cnhttp://www.banrepcultural.org/sites/default/files/manual\\_de\\_redaccion\\_cientifica.pdf](http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=EARTH.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=022575%5Cnhttp://www.banrepcultural.org/sites/default/files/manual_de_redaccion_cientifica.pdf)
- Naranjo Moreno, L. M. (2018). Descripción de las habilidades cognitivas en adultos mayores del municipio de Rio Negro. El Carmen de Viboral, Colombia: Universidad de Antioquia
- Quinga Gómez, L. L. (2022). *Intervención de Terapia Ocupacional en adultos mayores para disminuir la depresión*. Quito, Ecuador: Universidad Central de Ecuador.
- Peralta, E., Pineda, L., & Rodriguez, L. (2020). Actividades de la vida diaria e instrumentales de la vida diaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(1), 59-65. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n1.75001>
- Ruiz Berrio, J. (1976). El Método Histórico En La Investigación Histórica De La Educación. *Revista Española de Pedagogía | REP*, Núm. 134, 459–475.

## Anexos

### Anexos 1. Fotografías de la implementación de la Terapia Ocupacional en las Asociación Santiago II de la Ciudad de el Alto



## Anexos 2. Fotografías de la implementación de la Terapia Ocupacional en las Asociación Santiago II de la Ciudad de el Alto



**Anexo 3. Fotografías de la implementación de la terapia ocupacional en la Asociación “Romero Pampa” de la ciudad de El Alto**



**Anexo 4. Desarrollo de Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial.**



## Anexo 5. Desarrollo de Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial



**Anexo 6. Desarrollo de Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial.**



**Anexo 7. Desarrollo de Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial.**



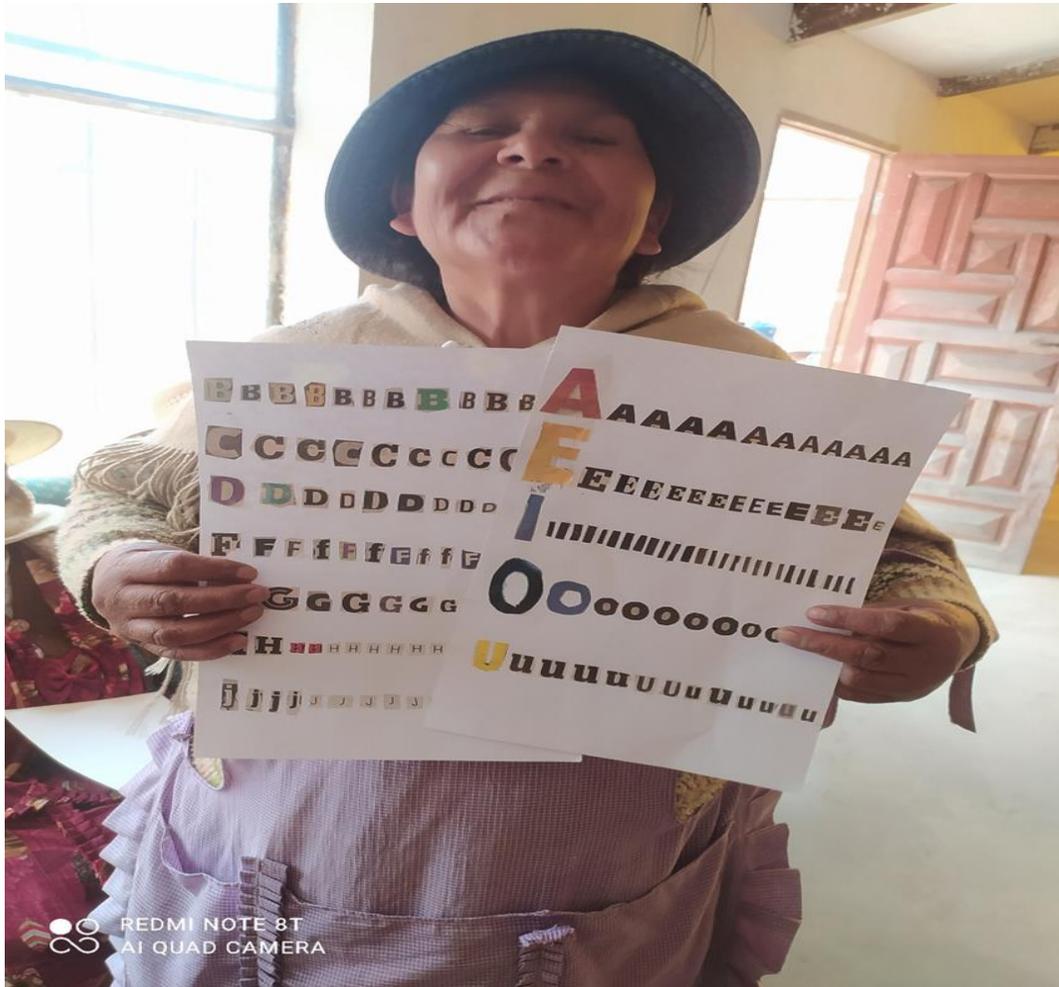
**Anexo 8 . Desarrollo de Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial**



**Anexo 9. Desarrollo de Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial**



Anexo 10. Desarrollo de Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial



REDMI NOTE 8T  
AI QUAD CAMERA

**Anexo 11. Desarrollo de Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial**



## Anexo 12. Desarrollo de Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial



### Anexo 13. Desarrollo de Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial



**Anexo 14. Desarrollo de Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial**



## Anexo 15. Desarrollo de Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial



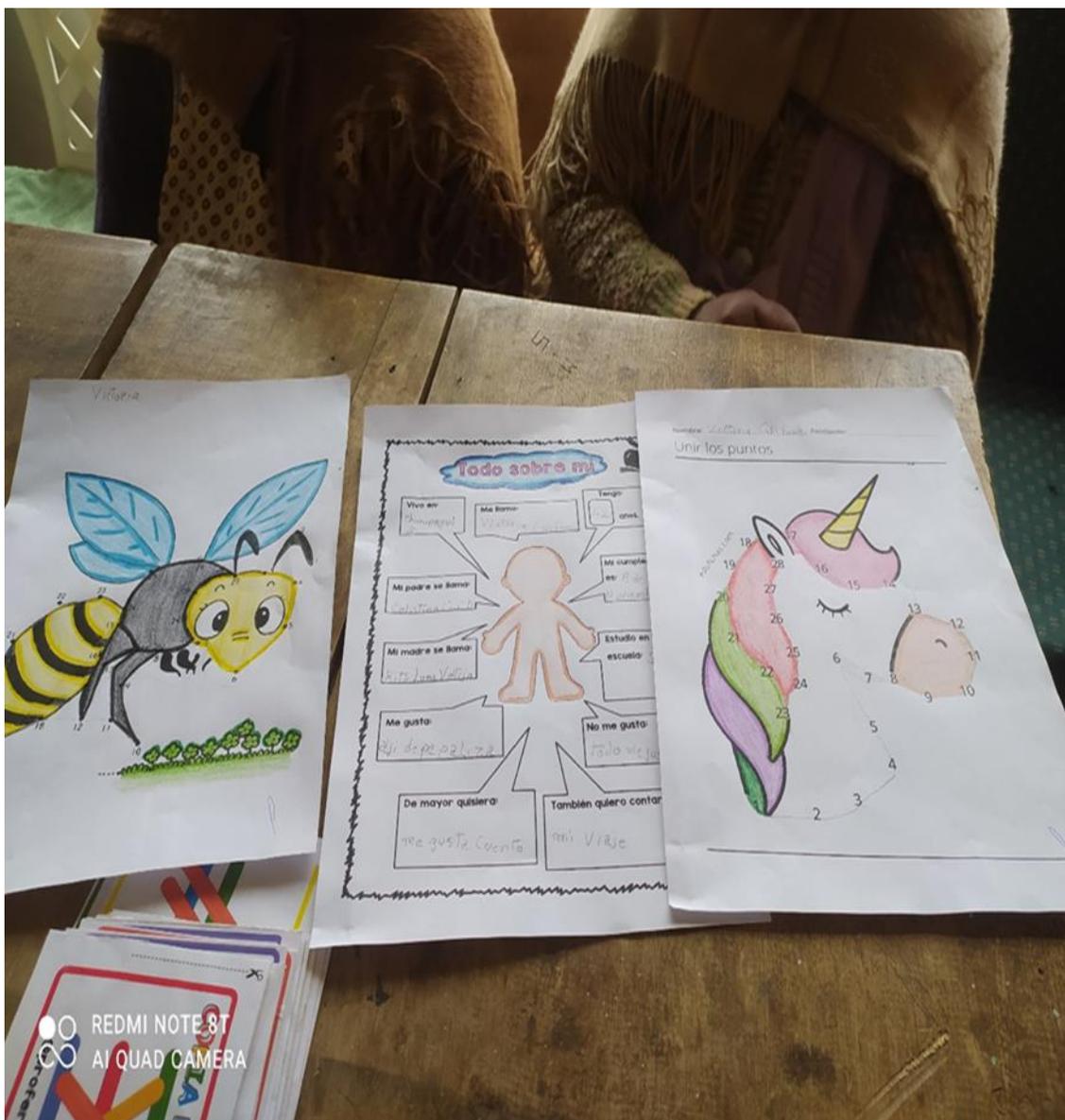
Anexo 16. Desarrollo de Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial



**Anexo 17. Material Didáctico para trabajar Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial**



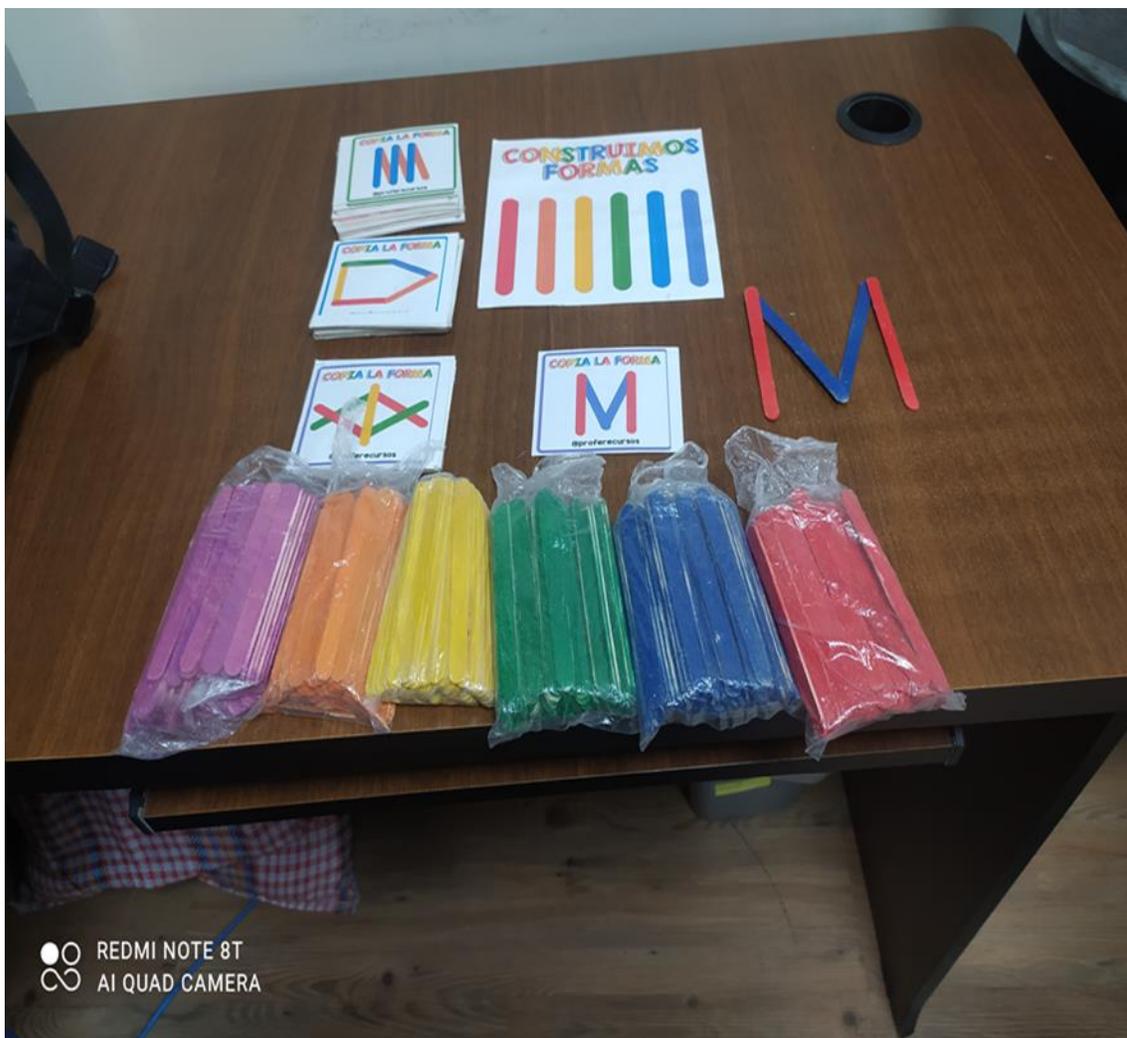
## Anexo 18. Material Didáctico para trabajar Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial



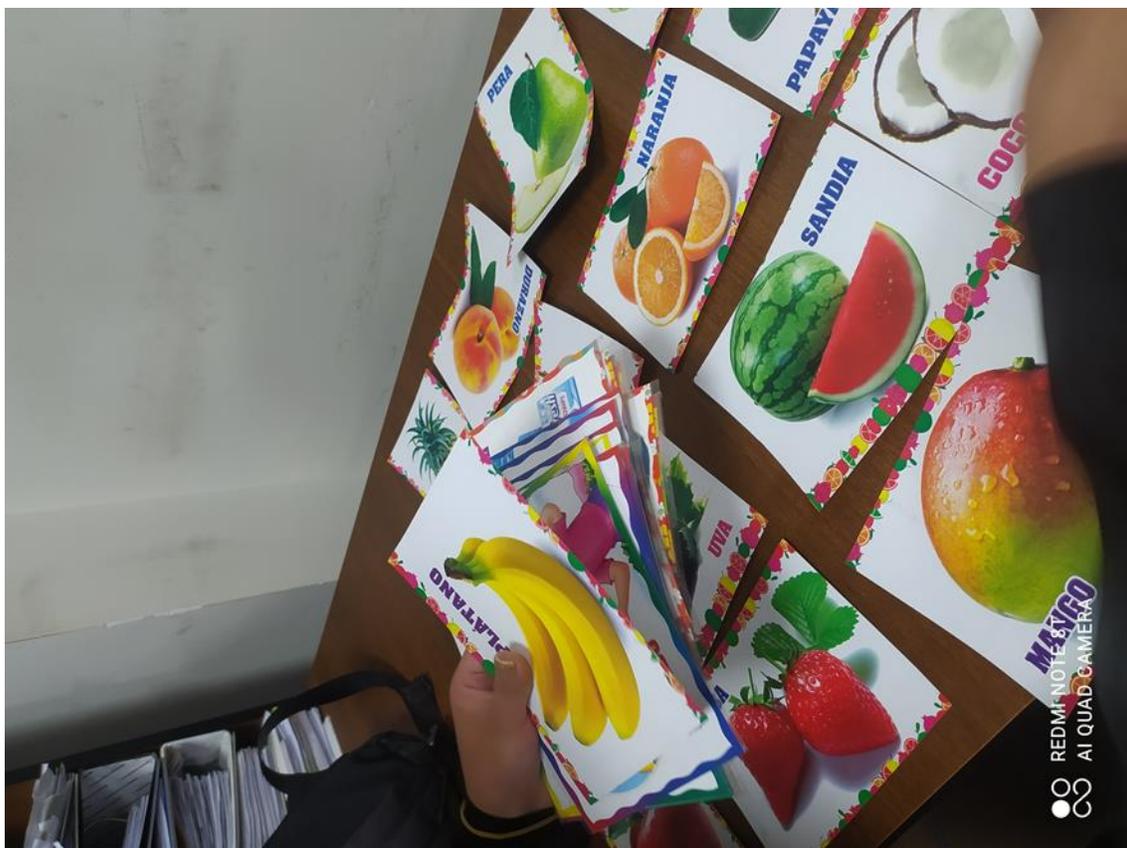
**Anexo 19. Material Didáctico para trabajar Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial**



**Anexo 20. Material Didáctico para trabajar Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial**



**Anexo 21. Material Didáctico para trabajar Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial**



**Anexo 22. Material Didáctico para trabajar Terapia Ocupacional en su dinámica de Desarrollo cognitivo y sensorial**



**Anexo 23. Dinámica de Resolución de Conflictos en Santiago II de la ciudad de El Alto**



**Anexo 24. Dinámica de Resolución de Conflictos en Romero Pampa de la Ciudad de El Alto**



## Anexo 25. Desarrollo de ejercicios físicos de Terapia Ocupacional



## Anexo 26. Taller sobre la higiene personal y el cuidado del COVID



## Anexo 27. Taller sobre la higiene personal y el cuidado del COVID



## Anexo 28. Taller sobre la higiene personal y el cuidado del COVID



**Anexo. -**

Mi más grande respeto y agradecimiento a los Adultos Mayores, de las Asociaciones Romero Pampa y Santiago II, por la colaboración prestada para la realización de la tesis **“TERAPIA OCUPACIONAL PARA FORTALECER LAS HABILIDADES Y DESTREZAS COGNITIVAS O SENSORIALES EN LOS ADULTOS MAYORES DE LAS ASOCIACIONES ROMERO PAMPA Y SANTIAGO II DE LA CIUDAD DE EL ALTO”**

