



UNIVERSIDAD FRANCO MEXICANA, A.S.

"FORMATIO HOMINIS"
ESCUELA DE PSICOLOGIA
INCORPORADA A LA U.N.A.M. CLAVE 8810-25

881025
4/28
2017
1773
BIBL2

MANEJO CONJUNTO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL
Y TERAPIA ROGERIANA COMO ALTERNATIVAS
PARA DISMINUIR LA DEPRESION EN EL ANCIANO

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
JUANA MIRANDA BARRERA

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

CAPÍTULO I. ENVEJECIMIENTO.	
1.1 DESARROLLO	2
1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	3
1.3 DEFINICIONES	5
1.4 DIFERENTES CONCEPTUALIZACIONES	5
1.5 CAMBIOS FÍSICOS DEL ENVEJECIMIENTO	8
1.6 CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES	10
1.7 TEORÍA DEL ENVEJECIMIENTO	12
1.8 PROBLEMAS COMUNES DEL ANCIANO	13
CAPÍTULO II. DEPRESIÓN	
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	17
2.2 CLASIFICACIÓN	20
2.3 SÍNTOMA O SÍNDROME	23
2.4 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN	24
2.5 IDEAS Y ACTITUDES DE MUERTE EN EL ANCIANO	26
CAPÍTULO III. TERAPIA OCUPACIONAL	
3.1 CONTEXTO HISTÓRICO	30
3.2 DEFINICIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL	35
3.3 INSTRUMENTOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL	36
3.4 APLICACIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ANCIANO	45
CAPÍTULO IV. TERAPIA ROGÉRIANA	
4.1 CONTEXTO HISTÓRICO	49
4.2 DEFINICIÓN	55
4.3 TERAPEUTA EN LA PSICOLOGÍA DE ROGERS	55
4.4 INSTRUMENTALIZACIÓN DE LA ACTITUD DEL TERAPEUTA	60
4.5 TERAPIA DE ROGERS APLICADA EN ANCIANOS	62
CAPÍTULO V. METODOLOGÍA	
5.1 OBJETIVOS	65
5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	65
5.3 HIPÓTESIS	66
5.4 VARIABLES	66
5.5 DEFINICIONES	66
5.6 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	67
5.7 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	71
CAPÍTULO VI. RESULTADOS	
6.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	73
6.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	77
6.3 COMPROBACIÓN DE RESULTADOS	79
CONCLUSIONES	80
ANEXO 1	84
ANEXO 1.2	85
ANEXO 1.3	86
BIBLIOGRAFÍA	93

INTRODUCCIÓN

En esta tesis se expone una investigación la cual fue realizada dentro del campo clínico durante seis meses en la casa hogar para ancianos "Vicente García Torres", perteneciente a la Dirección de Asistencia Social y Rehabilitación de la Institución para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

A través de los años en nuestro país se han realizado numerosas investigaciones, las cuales aportan diferentes perspectivas o puntos de vista en lo referente a la depresión en el anciano; pero a pesar de todas estas investigaciones encontramos que la depresión prevalece en la tercera edad debido a diferentes factores tanto culturales, sociales, biológicos y psicológicos.

En esta tesis se pretende combinar dos enfoques terapéuticos: La Terapia Ocupacional y la Terapia Rogeriana como alternativas para lograr realizaciones en la solución de este problema; así como proporcionar ayuda a esta parte de la población y al mismo tiempo a las instituciones y profesionales los cuales trabajan con estas personas

En general nuestra investigación pretende analizar la depresión en el anciano y su alivio a partir de la realización de las diferentes tareas o actividades, las cuales pretenden que las personas de la tercera edad le encuentren un sentido "agradable" a su vida y les ayude a concientizar tanto las limitaciones como las posibilidades dentro de su proceso de envejecimiento.

Por otro lado en lo referente al desarrollo de los capítulos de esta tesis se mencionaran a grandes rasgos los puntos más importantes que se tocaran en base al tema central de esta investigación.

En el primer capítulo se desarrollará de manera amplia la implicación teórica del envejecimiento así como examinar un panorama de como ha sido considerado el anciano a través de las décadas hasta nuestros tiempos, se analizaran las diferencias que existen entre los

conceptos de vejez, ancianidad y senectud; ya que como sabemos estos términos difieren entre sí, pero al mismo tiempo guardan una relación. Además se describirán los problemas que pueden llegar a presentar las personas de edad avanzada, y sus causas psicológicas, sociales, biológicas o físicas en diferentes proporciones según sea el caso.

En lo referente al capítulo dos se describen las investigaciones sobre depresión las cuales han dado una pauta importante a este problema; así como la forma en que ha sido denominada a través de los años; al mismo tiempo se tratará de aclarar si la depresión es un síndrome o un síntoma; y describir las causas y características de la depresión en la tercera edad.

En el capítulo tres se observa la manera en como se desarrollo la Terapia Ocupacional y como fue y ha sido utilizada en las personas de edad avanzada, las cuales presentan un trastorno en este caso la depresión; así como detallaremos las actividades o tareas que se realizan dentro de esta terapia.

En cuanto al capítulo cuatro en el cual se presenta la Terapia Rogeriana se revisan los antecedentes históricos, y la forma en que ha sido utilizada en las personas ancianas.

En el capítulo cinco el cual trata de la metodología comenzamos; planteando como objetivos la aplicación de dos enfoques terapéuticos Terapia Ocupacional y Terapia Rogeriana para disminuir la depresión, enseguida el planteamiento de las hipótesis y del problema que se propone.

En cuanto al capítulo seis se indican de manera amplia los resultados obtenidos a lo largo de la presente investigación así como la comprobación de nuestras hipótesis.

A continuación se presentan las conclusiones a las cuales llegamos dentro nuestro trabajo. Por último se presentan los anexos y bibliografía.

CAPÍTULO I. ENVEJECIMIENTO.

1.1 DESARROLLO.

Dentro de este capítulo se desarrollará ampliamente el tema central de nuestro trabajo que es el envejecimiento, así pues revisaremos los antecedentes históricos; así como los diferentes cambios que suceden durante la tercera edad y por último algunas teorías biológicas acerca de este tema.

Después de haber mencionado lo anterior pasaremos a indicar que, el conocimiento acerca de los procesos de crecimiento y desarrollo se han vuelto indispensables para estudiar la biología y la conducta del hombre. Así pues, los progresos de los conocimientos durante los dos últimos siglos han revelado un orden y una continuidad notables en las transformaciones enormemente complicadas, misteriosas y maravillosas que ocurren desde la concepción hasta la senectud. Estos progresos ofrecen indicios sobre la manera en que acabamos siendo. Aún faltan muchos estudios detallados sobre estos aspectos, pero se conocen bien los mecanismos del desarrollo de la conducta se están aclarando con rapidéz. (Alcalde Isabel 1990).

Así mismo, mencionaremos que el concepto de desarrollo implica no sólo el crecimiento biológico del niño, sino también la acción que el ambiente y la sociedad, a través de la familia, ejercen sobre él. La época en que vivimos otorga una creciente y sin duda merecida importancia al proceso de desarrollo del niño, y ya no son solo los sectores culturalmente más sensibles de la población los que se preocupan por obtener información fidedigna sobre este tema: la sociedad misma en su conjunto ha tomado como un valor en alza la necesidad de orientar a padres y educadores en la difícil tarea de conocer y ayudar al niño, favoreciendo la evolución armónica, sana y feliz de los que en el futuro inmediato van a incorporarse y más adelante como personas de la tercera edad las cuales pueden aportar su experiencia.

Por otro lado debemos mencionar que tomando como base, el ciclo vital del ser humano, la vejez es la etapa final del camino evolutivo. Como las etapas su carácter principal es que se trata como en las etapas anteriores de una transición, con la gran diferencia de que en las otras el panorama futuro esta abierto y lleno de esperanzas. En este período en cambio, el camino futuro está hasta cierto punto limitado desde el horizonte individual y desde el social sólo queda el trascender, lo que matiza la actitud psicológica con un sentido de urgencia y definición, que impone ciertos límites a la acción (Parres 1991).

1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Antes de comenzar a desarrollar este punto es conveniente hacer mención de que se describirán datos, conceptos y trabajos de otros países así como del nuestro.

Es importante señalar que en distintas culturas siempre ha sido importante el anciano; ya que desde las sociedades Aztecas y Mayas las personas de edad avanzada representaban el símbolo de sabiduría y autoridad, lo que les permitía una vida de respeto y apacibilidad, (INSEN 1990.)

Por el contrario en África a fines del siglo XVIII, los guerreros considerados ancianos eran sometidos aún examen de fuerza y destreza, el cual consistía en trepar a una palmera, que era sacudida por varios hombres, si se resistía al combate el anciano era salvado pero si subía y caía moría a palos.

Segura (1987), refiere que en una gran parte de la población 'Tolteca y 'Cotihuacana permaneció en lugares los cuales fueron nombrados Chochopolacas Xoxo, lo cual significa arrugados y esta

palabra Náhuatl deriva de nuestro actual Chocho que se utiliza para designar a los ancianos que como es innegable están arrugados.

Antiguamente los pueblos de la costa oriental de nuestro país; eran fuertemente influenciados por los Olmecas; los cuales hablaban acerca de diversas leyendas en las que aparecen los ancianos y de ella mencionaremos una de las más demostrativas, que es la ovogénesis de la deidades y del cuidado, en algunos casos, en otros por lo contrario la destrucción que realizaron los viejos con tales divinidades. Es así como en ella ya nahuatlizados con el lenguaje, donde aparece por primera vez el Huehuetcoatl, el dios viejo; que en Náhuatl significa viejo, anciano y T'coatl: dios, (INSEN 1990).

Por otro lado es importante hacer hincapié que en nuestra sociedad existe uno de los más grandes tesoros que merece todo nuestro cariño, atención y cuidados, ya que representan la raíz de la cual surge nuestra cultura, tradiciones y todo aquello que forma parte de nuestro mundo y que con su arduo trabajo; nos permite gozar de una serie de adelantos en la forma de vida actual. Con ello me refiero a las personas de edad avanzada que por cuestiones prácticas lo han situado en los 70 años de edad. Pero si miramos a nuestro alrededor; nos daremos cuenta que nosotros mismos los vamos coartando y limitando en sus alternativas de realización, ya que los relegamos dejándolos solos y desvalidos, sintiendo lástima, indulgencia o intolerancia ya que pensamos que ellos no tienen nada que dar a la sociedad. Nos concentramos en el hecho de que con el paso del tiempo se erosiona la capacidad física y mental del ser humano pero no tomamos en cuenta que aún tienen el mundo lleno de esperanza y superación, (INSEN 1991).

Es necesario hacer énfasis en que hombres como: Kant, Tolstoi, Cervantes, Tizano y Gandhi; entre otros realizaron sus máximas obras después de los 60 años; lo cual es indicativo de que a pesar del envejecimiento los ancianos pueden lograr superarse y hacer cosas importantes, (Luna 1990).

1.3 DEFINICIONES

Por otra parte, hay que considerar una serie de conceptos que nos servirán como puntos de referencia a lo largo de este trabajo, ya que la similitud y congruencia que guardan nos permite emplearlos para referirnos al mismo fenómeno. Tales conceptos son:

VEJEZ.- Periodo de la vida humana caracterizado por un paulatino deterioro de los órganos, sus funciones y las facultades psíquicas.

SENECTUD.- Edad senil, que por lo común comienza a los sesenta años, también llamada vejez.

ANCIANO.- Persona de muchos años. (Proudevida R y Monterde, 1979).

Como se puede observar, ya que en estas definiciones se toma como criterio para considerar el inicio de la vejez, la edad de los sesenta años, no sólo en este caso lo consideran así sino que internacionalmente también. (Mc. Pahlil 1981).

1.4 DIFERENTES CONCEPTUALIZACIONES

Pasando a este punto mencionaremos las diversas posturas que se han desarrollado acerca de este tema las cuales como podemos darnos cuenta indican a que edad comienza la vejez; estas como observaremos difieren entre sí ya que cada uno de los autores expone su postura.

Lozano (1990), menciona que existe una etapa cronológica a la que denominaremos vejez; la cual comienza a partir de los 65 o 70 años de edad; además de que la vejez es un estado degenerativo del cuerpo en el que disminuyen diversas funciones.

Davidoff (1980), por su parte refiere que los 65 años, es la edad de la que suele considerarse vejez.

Por otro lado Erico Greppi (1979), presenta una clasificación detallada acerca de la última etapa de la vida, es decir desglosa la etapa adulta en diferentes categorías: De 45-50 Edad del medio 60-72 años de senectud gradual. 72-90 años de Vejez Declarada. 90 años Grandes Viejos.

Estrada y Fernández (1990), presentan otra clasificación la cual también comprende diferentes categorías:

65-75 años Vejez Joven.

75-85 años Vejez Media.

85 años o más Vejez Anciana.

Zimberg-Kaufman (1976), señalan que el envejecimiento es una pérdida progresiva e irreversible de la eficiencia funcional, que comienza a los sesenta y cinco años porque es cuando nuestro medio; casi todos los individuos muestran ciertos signos y síntomas de vejez.

Por su parte Lozano (1990), menciona que los ancianos constituyen un grupo cada vez más sano y más activo aunque se ha observado que después de sesenta y cinco años de edad se plantean muchos problemas.

La OMS (1991), refiere que en Viena la población senecta incluye todas aquellas personas mayores de sesenta años. Por otro lado en la sociedad norteamericana, se conoce a la vejez como un período concreto de adultez. La cifra de los sesenta y cinco años marca el inicio, (Estrada y Fernández 1990).

Así después de lo anteriormente dicho debemos mencionar que la vejez es variable hay quienes a los sesenta y cinco años o antes se

hunden en la "ANCIANIDAD" sentenciándose por ellos mismos a "vivir la muerte en vida". Otro cambio es que a los ochenta años o más allá sanos o enfermos o hasta que dan el último suspiro llevan una vida agradable y vigorosa, (Estrada y Fernández 1990).

Flokis (1981), considera que el envejecimiento es un proceso con características bastante heterogéneas en donde la duración, la dimensión, y el movimiento de este proceso es diferente en cada uno de los sistemas y órganos que forman el total del organismo humano. El envejecimiento es un proceso que va desde el nacimiento hasta la vejez.

Cabe señalar Zenil, Ma. del C. (1989), la vejez forma parte del desarrollo del individuo, y para su estudio se debe considerar la herencia, los valores, el carácter, el temperamento, las experiencias de la vida, las enfermedades sufridas, las condiciones socioeconómicas, los nexos familiares y afectivos y las publicaciones de comunicación.

El INSEN 1991, señala que en México, el problema de la vejez es considerado como "Proceso biológico irreversible" cuya característica es la manifestación de cambios psicofisiológicos.

Por su parte Bec (1978), considera que las etapas evolutivas comienzan con la primera infancia de 0-3 años; la segunda infancia de 3-5 años; y la edad escolar de 5-12 años. Para continuar Ponce (1978), considera que sigue la etapa de la adolescencia dividida en: Pubertad de 12-15 años, Adolescencia de 13-18 años y Juventud de los 18-25 años. Siguiendo esta clasificación Picon (1974) señala que la edad adulta es de 25-50 o 60 años y la edad senil (vejez) es de 60 años en adelante.

Lo anterior obedece a que según Nicola, dadas las investigaciones realizadas con personas de edad posterior a la adulta, se presentan con mayor frecuencia trastornos y problemas que han caracterizado el inicio del envejecimiento a partir de los cuarenta y cinco años, lo cual se conoce también como "edad pre-senil o edad crítica y edad del medio" según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Nicola 1979).

Para finalizar mencionaremos un reporte acerca de lo que los propios ancianos piensan de la vejez "... Los viejos consideran que la edad avanzada es una etapa natural del envejecimiento". (Sharp 1986) (P.2034).

1.5 CAMBIOS FÍSICOS DEL ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento se refiere a los cambios físicos que se desarrollan con el crecimiento y eventualmente terminan con la muerte. Las consecuencias del envejecimiento son acumulativas y en forma esquemática pueden dividirse en primarias y secundarias.

En cuanto al envejecimiento primario es habitualmente intrínseco al organismo y está determinado por factores inherentes y hereditarios. El envejecimiento secundario se refiere a efectos y alteraciones causadas por factores hostiles en el ambiente, el trauma y las diversas enfermedades. Se debe tener presente que existen cambios normales que vienen con la edad. Envejecer no es una enfermedad pero si existe una disminución de la capacidad funcional y una mayor vulnerabilidad, (Parres, 1990).

Kaplan (1987), considera a la vejez como otra fase de la vida del individuo, en la cual se producen diferentes cambios físicos como arrugas, encanecimiento, disminución de la memoria, reducción de la visión, etc.

En lo referente a los cambios físicos en esta edad se reflejan una serie de enfermedades consecuencia de no haber llevado una vida correctamente en cuanto a nutrición, ejercicios, hábitos e higiene y se encuentran con problemas graves, porque el sector salud no cuenta con la infraestructura para atender a la población en forma preventiva.

Goalman (1987), nos menciona diferentes cambios físicos en el proceso de envejecimiento, los cuales se mencionan a continuación:

A) PIEL Y PELO: La piel envejece, se vuelve seca, arrugada, inelástica y más delgada. El pelo se pierde progresivamente y disminuye la sudación.

B) MUSCULOS: Hay pérdida del volumen y de la fuerza muscular; es decir, la actividad muscular disminuye.

C) SISTEMA NERVIOSO: Los reflejos son más lentos al igual que los estímulos; además de que con frecuencia ocurren alteraciones de la memoria reciente y puede haber pérdida de interés; adaptabilidad al igual que dificultades para aceptar ideas nuevas y su actitud puede ser posesiva. Este sistema muestra cambios esperados tolerables por el envejecimiento y las modificaciones patológicas producidas por enfermedad.

D) SENTIDO ESPECIAL: Puede haber cierta pérdida de los sentidos en especial del gusto y del olfato, ya que las personas de edad, les ponen demasiados defectos los alimentos; hay reducción visual; lo cual da por resultado visión difícil. Los cambios de la visión limitan la actividad e incrementan las dificultades de adaptación, por su parte, disminuye al incrementar la edad, y a veces progresa hasta afectar el lenguaje. La pérdida auditiva puede limitar las relaciones sociales e incrementar el aislamiento.

E) APARATO CARDIOVASCULAR: Se ha encontrado disminución del gasto cardíaco, así mismo se pierde la capacidad para reaccionar a la tensión del esfuerzo, aumenta la resistencia vascular y sobreviene un aumento de la presión arterial.

F) APARATO RESPIRATORIO: Se ha visto que disminuye la capacidad pulmonar total; además de que existe una disminución de la capacidad respiratoria máxima.

G) TUBO DIGESTIVO: Se ha observado que tiende a disminuir la producción del ácido gástrico y la absorción de hierro, lo cual produce anemia.

Otro punto que es importante tomar en cuenta es que la dentadura de los ancianos por lo regular se encuentran en malas condiciones y reducen la ingestión de alimentos.

En relación al aspecto biológico, se considera que el envejecimiento es un proceso fisiológico, que produce mayor inestabilidad y mayor susceptibilidad de los procesos patológicos. (Chevotareu, 1982), entendiéndose estos últimos como la aparición de enfermedades degenerativas como la arterosclerosis, diabetes, etc.

En general, encontramos que, todos los cambios físicos que se producen en las personas de edad avanzada, afectan la adaptabilidad psicológica y social del anciano.

1.6 CAMBIOS PSICOLOGICOS Y SOCIALES.

En cuanto al aspecto psicológico se puede decir que está caracterizado básicamente, por la incapacidad de adaptación por parte del anciano, en relación a los aspectos físicos y a las condiciones sociales que generan dicho aspecto. (Birren 1974, Lara 1984), ya que las formas de reaccionar, ante las circunstancias propias de la vejez, son cambios generados por las alteraciones que han tenido efecto, y que pueden variar de persona así como la respuesta de cada uno de ellos.

En relación al aspecto social es muy importante considerar el contexto que rodea al anciano y los hechos que se presentan y que de alguna manera señalan la aparición de esta etapa de la vida, por tal motivo, hay que hacer notar que, de acuerdo a la ideología de la sociedad va a ser considerada la vejez.

Zinberg-Kaufman (1976), señalan que las etapas de desarrollo en el anciano necesitan de relaciones interpersonales para sobrellevar su vida emocional.

Los autores antes mencionados, refieren que la persona de edad avanzada, adjudica el papel de padres sustitutos a los miembros importantes de la familia o a otros; en particular a los médicos. Por otra parte también se han dado cuenta de que la persona de edad, algunas veces, quiere o exige, que los demás se hagan cargo de todas sus necesidades, que las resuelvan y las satisfagan. A menudo, estas tendencias lo llevan al remordimiento y a la pérdida de su autoestima.

A continuación describiremos una postura acerca de los cambios psicológicos y sociales en las personas de edad avanzada "...Los cambios en las actitudes de las personas ancianas no se deben pues, a razones biológicas, sino a las expectativas de una sociedad que cree que el anciano es necesariamente un enfermo físico o mental." (Comfort 1983).

Así pues Wygaarden-Smith (1987), nos indican que los ancianos, con el tiempo, pierden la autosuficiencia y se vuelven cada vez más desamparados.

Lozano (1990), considera que los ancianos deben tener iniciativa propia; ya que se sienten abandonados y hay otros que se dedican a atender a sus compañeros los cuales presentan este sentimiento. Por lo tanto, es importante señalar que nadie se siente abandonado si se ama a sí mismo. Y este amor y esta estimación personal hacia uno mismo, es cuestión básicamente de genética y educación.

Boval Mezey y Col. (1983), el envejecimiento implica un estado mental percibido internamente por el individuo de edad avanzada, en donde los cambios psicológicos aparecen conjuntamente con los biológicos.

Comfort (1983), señala que la mayoría de los achaques que aquejan a los individuos de edad avanzada, se deben a factores sociales y convencionales; ya que se sienten rechazados, abandonados, inútiles y dependientes.

Después de lo anteriormente expuesto debemos mencionar que los ancianos, pueden reaccionar de muy distintas maneras, tanto orgánicas como psicosociales. Además que las reacciones de estas personas son somatizadas de manera inconsciente por medio de la búsqueda de atención, el aislamiento, la proyección, la negación y la depresión.

Como punto final debemos observar, que los problemas psicológicos en el anciano, se reflejan en la percepción que tiene de el mismo, en los estados de ánimo, su autoestima, autoimagen y todo esto gira en torno a la situación en que el se encuentra viviendo; así pues, la imagen del anciano se va deteriorando, por que va perdiendo su rol como jefe de familia, sustituido por sus hijos o personas más jóvenes y esto ocasiona que los problemas familiares se van acrecentando.

1.7 TEORIA DEL ENVEJECIMIENTO.

Antes de comenzar a desarrollar este punto es necesario indicar que se explicarán algunas teorías acerca de este problema.

De la Fuente, en la Conferencia Dictada sobre "Fundamentos Neurobiológicos de la Mente" en el Colegio Nacional en 1992, señala que conforme se llega a la senectud, ciertas células del cerebro se dañan en forma progresiva e incluso mueren. Sin embargo, estudios recientes sugieren que la erosión de la mente no es un acompañante automático en la longevidad, sino resultado de enfermedades específicas que aceleran marcadamente el proceso del envejecimiento o se superpone.

Algunos consideran que los fenómenos del envejecimiento, son consecuencia de un desgaste de los órganos y tejidos debido a su uso prolongado.

Otros además de lo anterior atribuyen el envejecimiento al cúmulo de residuos metabólicos en el organismo.

La teoría nerviosa, postula que las células nerviosas (neuronas) sufren una lenta pero progresiva destrucción y a diferencia de otras células no son renovables, por lo tanto se altera la homeostasis que el sistema ejerce.

La teoría de las mutaciones, considera que el envejecimiento es consecuencia de la pérdida de información de ADN, por agentes mutágenos, o por cambios en la estructura de las macro moléculas integradas en los sistemas metabólicos.

A partir de lo expuesto anteriormente, podemos decir, que el envejecimiento o el llegar a "viejo" es un proceso puramente biológico, no obstante hay que agregar que por concernir al hombre, deben de contemplarse varios aspectos más, y no solo este, ya que en concreto, la esfera que comprende al hombre, se puede enmarcar en dos aspectos de índole tanto biológica como psicológica y social.

1.8 PROBLEMAS COMUNES EN EL ANCIANO.

Goalman (1987), considera que uno de los problemas más comunes en el anciano es la depresión, ya que es característica de la senectud, diciendo que existen diversos acontecimientos que la ocasionan, en primer lugar la muerte, la independencia de los hijos, la pérdida de posición económica, la jubilación laboral, amenaza de pérdida, por una enfermedad, del conyuge. Así mismo, Kaplan 1991, menciona que uno de los fenómenos más comunes en la vejez, es la depresión; ya que las personas de edad avanzada tienen una personalidad menor, adaptada desde el punto de vista emocional, social y psicosexual.

Así mismo, Wyngaarden y Smith (1987), indican que otro problema es la búsqueda de atención y el aislamiento, lo cual lleva consigo la depresión.

Por otro lado, el INSEN (1991), refiere que el problema que generalmente se encuentra en el anciano, es la soledad y que este muchas veces lo lleva a desintegrarse de la sociedad a la cual pertenece; ya que no hay peor cosa que estar lejos de su casa, de sus hijos, de sus nietos y aún de sus pertenencias.

Bellak, I. y Karasu, B. (1976), en su libro Geriatric Psychiatry, consideran las siguientes conductas como problemas comunes, que pueden presentarse en la vejez:

1) **Mente Errática y el Olvido:** Algunos investigadores sostienen que el olvido se relaciona más con la depresión que con los cambios corticales. El registro, el almacenamiento y la recuperación, son los tres componentes de la memoria; en determinados casos pueden estar involucrados los tres o cualquier combinación de los mismos con o sin cambios orgánicos.

2) **Actitud Atesoradora o de "Tacañería",** que puede atribuirse a la inseguridad que siente el anciano hacia el futuro, lo que lo lleva a aferrarse a sus bienes materiales. Conforme aumenta la inseguridad que siente el anciano, tiende a exagerar sus problemas económicos reales. El acumular objetos puede ser también un intento de las personas por mantener una identidad y realización con el pasado.

3) **Acusaciones Estrafalarias o Ideas de Persecución,** pueden ser una forma de expresar una necesidad de más atención y contacto, o pueden representar una visión exagerada de algo que realmente está pasando. Muchas veces ésta es una forma de vivir la hostilidad que los ancianos sienten por parte del que los cuida. Esta puede deberse a causas orgánicas como una pobre nutrición o el decrecimiento del flujo sanguíneo, pero el aislamiento social usualmente.

4) **Robar** es una conducta que muchas veces representa como en los niños, la necesidad de recibir amor y atención o bien está asociada a un sentimiento de empobrecimiento pero puede responder también

necesidades reales de las personas por su incómoda situación económica.

5) La inestabilidad emocional aparece como una tendencia a extremar o alterar sus estados de ánimo, por lo que son dados a llorar con facilidad. Esto puede generar en ellos el temor de estar cayendo en un estado de senilidad o puerilidad.

6) El insomnio con sus diversas complicaciones constituyen una queja frecuente de los viejos, aunque algunas personas mayores pueden requerir de una menor cantidad de horas de sueño. Esto se debe a que en ocasiones por aburrimiento duermen durante el día sintoma que puede estar asociado a depresión o bien puede ser causado por algún fármaco que tenga efectos hipnóticos colaterales. Por otra parte, la soledad y la diversidad de temores que la persona experimenta pueden impedir que se concilie el sueño.

7) La negación de la realidad, puede ser el medio de que se vale el anciano para mantener su autonomía, por ejemplo cuando el anciano insiste en vivir solo ante la evidencia que simplemente es imposible que lo haga, Bellak, L. Small (1976).

Smith (1987), indica que otro de los problemas que frecuentemente se encuentran en los ancianos es la dependencia; ya que se ha observado que muchos ancianos al sentirse solos se aferran a otra persona la cual los va a proteger, esta persona puede ser el conyuge, otro pariente, una amistad o autoridad; por lo tanto esto les asegura que no serán abandonados.

Así pues encontramos que el mayor problema es la pérdida de relaciones sociales ya que como sabemos su imagen corporal y física se ve devaluada por lo tanto evitan toda clase de contacto social.

Como punto final podemos señalar que la mayoría de los autores coinciden en que el anciano presenta diferentes problemas los cuales se deben a diversas causas como: psicológicas, sociales, físicas y biológicas;

aunque debemos dejar claro que como toda etapa de la vida la vejez trae consigo cambios los cuales en cada individuo pueden darse en diferente momento pero aparecen.

CAPÍTULO II. DEPRESIÓN.

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En este capítulo se revisará uno de los trastornos más comunes del estado de ánimo, ya que a lo largo de nuestro trabajo nos ayudará a comprender de manera clara el cuadro depresivo; por lo cual comenzaremos mencionando que todas las personas experimentan este sentimiento aunque las formas pueden ser diversas por ejemplo; encontramos que en unos se manifiesta simplemente como un estado de tristeza, en otros de infelicidad o pesimismo, o como una sensación de soledad. Podría decirse que la depresión está en todos nosotros y constantemente aparece a lo largo de nuestra vida. (Guarner 1984).

Antes de continuar desarrollando este punto es importante señalar que mencionaremos como se ha ido considerando la depresión a través de diferentes épocas; así como diferentes posturas que comprenden el estudio y análisis de esta alteración psicológica.

Es necesario indicar que el cuadro patológico de la depresión en su forma severa fue descrita desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. Ya desde el siglo IV a.C., Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, estos problemas deberían denominarse psiquiátricos ya que se relacionaban con los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla, flema y melancolía, (Guarner 1984).

Por lo que encontramos que la palabra melancolía era conocida por los Griegos, quienes pensaban que la presencia de la bilis negra la causaba. Los romanos por su parte usaban el vocablo latino tristitia como su equivalente.

Por su parte los escritores cristianos en la edad media distinguían dos tipos de desesperación, aquella que proviene de Dios y la que era causada por el mundo. Es decir, el hombre padecería la depresión

racional e irracional. Atribuyéndose la primera al amor y la segunda al odio.

Pinel (1801), describe al melancólico como un ser taciturno, pensativo y que busca la soledad, a pesar de que se encuentra en buena salud y circunstancias prósperas.

Es Griesinger (1845), mencionado en Guarner (1984), el primero que lleva a cabo una descripción detallada de la depresión. Observó las vagas manifestaciones tempranas y el papel que éstas juegan en el desarrollo de otras formas de enfermedad mental.

Por su parte, Kraepelin (1925), estableció la diferencia entre psicosis maníaco depresiva y demencia precoz llamada posteriormente esquizofrenia.

Lange (1928), discípulo de Kraepelin fue uno de los primeros en interesarse en las depresiones que se desarrollaban como resultado de la angustia que representa el vivir. Pero no fue hasta 1930 cuando Gillespie adoptó el término depresión neurótica añadiéndole el concepto de reacción ante las circunstancias adversas; es decir, la manera en que una persona se siente ante diferentes situaciones va a ser su reacción.

A partir de entonces comenzó a utilizarse la designación depresión endógena sustituyendo el concepto de psicosis maníaco depresiva. Por lo tanto los cuadros depresivos se dividieron en: psicótico y neurótico que en la realidad no es más que un síntoma.

Pero no fue hasta 1911 cuando Karl Abraham realiza la primera contribución importante al problema de la depresión observó que el enfermo se sienta poco amado por lo tanto era incapaz de querer a los demás. Abraham se dio cuenta de la diferencia con la psicosis maniaco-depresiva después de analizar seis casos. En los cuales observó que el odio paraliza la capacidad de amar. Lo cual produce culpa y autoreproches por lo cual incrementa la depresión.

En 1916 Abraham concluye que los deprimidos han llegado de una manera regresiva a la primera escala del desarrollo y considera que la hostilidad del melancólico se dirige contra la madre. El contenido de los autoreproches son en última instancia una crítica despiadada contra la figura materna como resultado del desdeseo. Para confirmar lo anterior Abraham hace hincapié en dos síntomas relacionados con los alimentos y que observamos frecuentemente en los pacientes deprimidos especialmente en los psicóticos: el rechazo de la comida y temor de morir de hambre.

En 1917, Freud publicó unos escritos llamados: Duelo y Melancolía. En el cual señalaba que la depresión es el modo de reaccionar a la pérdida de un objeto ambivalente y su introyección. La parte hostil manifiesta en el odio y el sadismo que se vuelcan en contra del yo. Esta estructura comienza a sufrir autoreproches e ideas de autodespresión. Al mismo tiempo Freud sugiere que los autoreproches del melancólico son en realidad agravios en contra del objeto amado, los cuales se dirigen al yo.

Así pues, encontramos que la probable etiología de la depresión es la incapacidad del sujeto de reestablecerse ante la pérdida de un objeto amado, ya sea la novia, esposa, propiedades, valores, etc. El proceso de desarrollo de la depresión comienza a partir de los rasgos de la personalidad y el funcionamiento de las "estructuras" ("Yo, Ello y Super Yo"), así como de los valores y normas internalizados o apropiados por el sujeto. Mientras esto acontece, parece ser que el estado depresivo se mantiene por el contexto social y la consecuente inhabilidad del sujeto para modificar ya sean las concepciones internalizadas o su relación con la realidad. (Guarner 1984).

Para finalizar este punto debemos mencionar que así se han seguido realizando investigaciones acerca de la depresión aunque debemos mencionar uno de los trabajos que sobresalen hasta nuestra época el cual fue realizado por Melanie Klein ella nos habla de tres posiciones la primera esquizoparanoide (0-4 meses); la segunda depresiva (mitad del medio año) y por último la esquizoparanoide. Así

pues como es de indicar la primera etapa encontramos que existe una escisión en el objeto; ya que estos son parciales es decir, son buenos y malos.

En la segunda posición que abarca desde la mitad del medio año nos dice como ya se menciona que es la posición depresiva la cual se caracteriza por una relación con el objeto total por una reparación del objeto y por un predominio de la culpabilidad, la ambivalencia y la angustia persecutoria. La culpabilidad proviene de haber perdido al objeto bueno a causa de la propia destructividad y por lo cual viene la reparación ya que hay un miedo por haber destruido al objeto; además hay una necesidad de posesión del objeto esto es con el fin de calmar la voracidad. Por último la posición psicótica habla acerca de una integración ya que si hay una desintegración frecuentemente e intensa y si no hay un equilibrio entre las introyecciones y proyecciones y la angustia persecutoria es intensa se puede desarrollar una psicosis en el niño; ya que el no identificarse como la parte buena idealizada y de amor lo llevan a un punto de fijación lo cual va a producir la psicosis.(Guarner 1984).

2.2 CLASIFICACIÓN

Es necesario enfatizar que el síndrome depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias por lo que constantemente encontramos diferencias entre las formas endógenas y reactivas; por lo tanto es necesario tratar de definir de manera más clara cada una de ellas.

En primer lugar la exógena o reactiva la cual se debe causas ambientales y psicológicas; a diferencia de la endógena en la cual las clasificaciones entre cuadros depresivos psicóticos y neuróticos han sido siempre un problema para la clasificación de los trastornos mentales. Este problema se ha incrementado al presentarse en los últimos años un gran número de cuadros depresivos cuya clasificación no corresponde a

ninguno de los cuadros anteriores, ya que para cualquier psiquiatra clínico los pacientes con trastornos depresivos no pueden ser considerados como neuróticos y mucho menos como psicóticos, (Calderón 1987).

Por lo cual Calderón (1987), indica que las depresiones se clasifican en tres grupos: neuróticas o causadas por factores psicológicos; simples debido a causas ecológicas y sociales y las psicóticas causadas por genética.

En general podemos decir que la etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes; es decir, la depresión se debe a diferentes factores que la desencadenan y la determinan según el cuadro por lo tanto es importante tomar en cuenta el estado constitucional y los factores ambientales pues el predominio del primero por el segundo influirá en el tipo de depresión que se desarrolle en el enfermo.

Así mismo, Coderch (1985) clasifica a la depresión de la siguiente manera:

a) Depresión Endógena (melancolía).- Es la depresión psicótica, en la cual intervienen factores constitucionales como la herencia además de que la sintomatología se expresa de forma muy marcada y existe un grave riesgo de suicidio.

b) Depresión Reactiva.- Es la reacción del organismo ante un suceso que al individuo le resulte traumático o difícil de superar. El factor que causa la depresión está consciente para la persona, como ejemplo se puede citar a una persona que a consecuencia de la pérdida de su madre se deprime.

c) Melancolía Involuntiva.- Puede a veces estar acompañada de ansiedad, el factor desencadenante puede ser una pérdida real o fantaseada. Los trastornos psicosomáticos en algunos casos acompañan a este tipo de depresión.

El DSM-III-R (1988), Define la depresión como el episodio depresivo mayor.

Wills (1988), considera que la depresión es el trastorno más común. Pocas personas escapan a este estado de ánimo y si la depresión y el mal humor fueran los únicos síntomas, la mayoría de las personas, jóvenes y viejos, podrían quejarse de depresión con bastante frecuencia. Además del ánimo deprimido, las personas afectadas por depresión profunda también tienen disfunciones físicas y mentales. Esta diferenciación tiene importancia clínica y estadística. Aproximadamente del 5 al 10% de las personas mayores con diagnósticos de depresión profunda tienen la triada completa de síntomas consistente de; trastornos afectivos, alteraciones mentales y padecimientos físicos, si solo se toma en consideración el estado de ánimo, 15 al 20% de los ancianos, admiten encontrarse tristes, abatidos o deprimidos. Así pues, en investigaciones realizadas se ha visto que el cuadro clínico de la depresión en la edad senil estaría constituido por una mayor frecuencia de agitación, de somatizaciones, de elementos paranoides y de delirantes de ruina, así como por la rareza de la inhibición psicomotora, este cuadro clínico, ha tenido su comprobación en diferentes estudios. Por ejemplo, Sarteschi y Col (1987), al comparar la sintomatología afectiva de los pacientes de edad senil respecto a un grupo de edad inferior con la escala psiquiátrica multidimensional, encontró que respecto a la edad existe una mayor sintomatología en los pacientes de más de sesenta años.

Zimbardo (1988); nos indica que hay dos tipos de depresión; la endógena, que viene de adentro y cuyas causas son orgánicas y la exógena o reactiva, que obedece a una situación externa. La depresión endógena puede ser hereditaria, y en su peor consecuencia, llevar a la persona al suicidio. Mientras que Kaplan (1988), clasifica la depresión en tres grupos: la endógena, exógena y enmascarada.

2.3 SÍNTOMA O SÍNDROME.

Básicamente se podría decir, que la depresión más que considerarse un síndrome es un síntoma; ya que a partir de numerosas investigaciones se ha comprobado que la depresión es el resultado de diferentes problemas, los cuales pueden ser emocionales o físicos, INSEN (1991).

Zung (1953), refiere que la depresión se presenta como un síntoma de una enfermedad la cual puede ser física o emocional; por ejemplo, se ha visto que cuando una persona de edad avanzada va perdiendo sus capacidades se deprime y esta depresión no le ocurre porque le duela algo, sino por su deterioro de envejecimiento.

Por otra parte, Kapián (1988), señala "...La depresión es una enfermedad o un síndrome; por otro lado Castilla del Pino (1981), considera a la depresión como un estado afectivo donde el síndrome principal está constituido por tristeza, inhibición y sentimientos de culpa, que además, estos pueden verse acompañados de algunos síntomas de otros síndromes, dichas características, van tomando papeles diferentes en la vida de cada persona, pues influyen factores extrapersonales no solamente físicos, sino también el medio social donde se desarrolla el individuo, así como la estructura de éste, por ejemplo, los patrones culturales, políticos, económicos, etc..., todo esto determinando su relación con la realidad.

González (1992), considera que la depresión no es una patología en sí misma, sino que es un síntoma que acompaña a algunas patologías.

Lewinshon y Col (1976), consideran a la depresión como un estado de ánimo anormal, en términos de la duración de tristezas, desalientos, etc., los cuales se consideran un problema debido a su duración, ya que se prolongan hasta el grado de impedir la realización de actividades rutinarias y cotidianas del individuo, lo cual comúnmente, se proyecta en sus relaciones sociales, pensamientos y en sus somatizaciones.

Como se puede observar existen diferentes posturas acerca de que si la depresión es un síntoma o un síndrome, pero en lo único que concuerdan los autores, es en que la depresión es producto de otras enfermedades, por ejemplo, existen ancianos los cuales no quieren ver sus limitaciones o los que de antemano se sienten derrotados, sin ver que en ellos todavía existe un potencial el cual debe emplearse para alcanzar su óptimo estado de salud física y mental.

2.4 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.

Es importante enfatizar, que la depresión en el anciano, se debe a diferentes causas, como puede ser, el rechazo por parte de la sociedad, la separación de los hijos o bien la muerte del cónyuge, también, puede deberse a diferentes factores como el que el anciano, al ir perdiendo capacidades, tanto físicas como intelectuales, se siente rechazado y esto lo lleva a presentar este trastorno, (Zinberg-Kaufman 1956).

Una de las principales causas por las cuales se produce la depresión es por las grandes pérdidas objetales, ya sea por muerte o separación, otra causa sería, el sentir que se esta amenazando su amor propio.

Antes de seguir desarrollando este punto, es importante indicar que dentro del mismo se mencionarán las diferentes posturas acerca de las causas de la depresión.

Cameron (1992), señala que otros factores precipitantes de la depresión, son la pérdida de amor o apoyo emocional; por ejemplo: el divorcio, el abandono, también puede deberse a fracasos personales o económicos, como perder prestigio, dinero o belleza.

González (1992), así mismo, señala que la persona deprimida pierde interés por la vida, pasa gran parte sentada mirando a lo lejos, inmóvil, cohibida, inhibida, pesimista; y con frecuencia presenta rasgos

de agotamiento físico e intelectual y de somnolencia; al igual que la persona anciana se siente devaluada e incapaz de tomar decisiones.

Malan (1983), refiere que una de las raíces más importantes de la depresión, es algún tipo de pérdida o rechazo sufrido por el sujeto.

Kaplan (1987), considera que las depresiones son la característica común en la vejez, en la cual existe una personalidad menos adaptada desde el punto de vista emocional y psicosexual; aún se ha visto que el paciente deprimido no suele mostrar indicios de deterioro de los hábitos como: incontinencia o exhibicionismo o en su defecto masturbaciones.

Wilkie y Col (1982), señalan que la jubilación, los ingresos insuficientes, la pérdida de los amigos y la soledad van agotando progresivamente la "energía psíquica" y finalmente producen la depresión. En ocasiones los trastornos mentales crónicos como: alcoholismo, abuso de drogas, etc., pueden desencadenar episodios previos de depresión.

Como ya se mencionó anteriormente la mayoría de los autores coinciden en que la depresión es multifactorial, es decir, se debe a diferentes causas que pueden ser psicológicas, sociales o ambientales, ya que muchas veces por un determinado acontecimiento se desencadena una depresión y esta muchas veces puede llevar al anciano al suicidio o en su defecto, a presentar una serie de características que indiquen un cierto grado de depresión.

Por otro lado según el INSEN (1991), indica que la depresión en la gente anciana se trata con suficientes antidepressivos, o con terapias electroconvulsivas y psicosociales, ya que se ha encontrado la efectividad en mejorar el bienestar de los individuos que envejecen.

El DSM-III-R (1988), en la depresión mayor, la sintomatología esencial está configurada por un estado de ánimo disfórico en el cual aparecen síntomas físicos y mentales, habitualmente la depresión se acompaña por la pérdida de interés o placer en todas o casi todas las

actividades y pasatiempos habituales. La alteración es relativamente persistente y se acompaña de otros síndromes depresivos. Estos incluyen alteración del sueño, agitación y retardo psicomotor, disminución de la energía, sentimientos de inutilidad y culpa, dificultades de concentración o pensamiento, ideas de muerte.

Lo antes expuesto nos lleva a darnos cuenta que se han realizado constantes estudios sobre depresión, pero a pesar de esto encontramos que la depresión sigue prevaleciendo en la tercera edad; por lo tanto, se considera necesario tratar de aclarar un poco el problema, trastorno o enfermedad, que es la depresión la cual ha sido estudiada desde los tiempos antiguos hasta nuestra época, lo cual indica que a pesar de el transcurso de los años, este problema se sigue encontrando.

Bellayk y Small (1988), mencionan que en las depresiones fuertes, se encuentra una disminución psicomotora del habla, del andar y de los gestos, además de un rostro típicamente deprimido. Por ejemplo; el paciente dirá que siente que la vida no vale la pena, que no tiene ganas de seguir viviendo, que nada le proporciona placer, que él es una mala persona que no merece vivir. Por otra parte, en las depresiones menos agudas, el cuadro depresivo se manifestará en forma simplemente de queja, de sentirse deprimido e infeliz; principalmente esta sensación será peor durante la mañana. Así pues, debemos indicar, que los pacientes generalmente hacen quejas generalizadas tales como " que difícil es la vida"; suele además reaccionar más notoriamente al frío que la demás gente, como si estuviera trasponiendo su sensación de frialdad emocional, de esterilidad y de infelicidad al ambiente.

2.5 IDEAS Y ACTITUDES DE MUERTE EN EL ANCIANO.

Cabe señalar que las reacciones comunes de los ancianos frente a la propia muerte dependen de diferentes factores como: cultura, personalidad, religión, filosofía personal respecto a la vida, ya que

algunos, al saber que están graves o que les queda poco tiempo de vida, se mantienen irritados y deprimidos hasta que fallecen y otros lo reciben como una liberación del sufrimiento o la soledad.

Durlak (1979), refiere que algunos ancianos dicen que aunque con frecuencia piensan en la muerte, les sorprende hacerlo con serenidad. En efecto, en un conjunto muy completo de entrevistas, hechas a un numeroso grupo de ancianos voluntarios, solo un 10% contestó afirmativamente a la pregunta "¿Le teme usted a la muerte?", lo que nos indica que las personas de edad avanzada refieren miedo a una agonía larga y dolorosa.

Belsky (1984), menciona que en algunos estudios, los que tienen un buen ajuste psíquico y parecen haber alcanzado la integridad de su personalidad, experimentan la máxima ansiedad, ya que a menudo, cuando a un individuo se le diagnostica una enfermedad, posiblemente mortal, sufre intensa ansiedad y depresión ante la muerte.

Kübler Ross (1969), se centró en la situación realmente a corto plazo, en la cual, la muerte se convierte en una posibilidad inmediata; por ejemplo: cuando se descubre un cáncer terminal u otra enfermedad letal. Así mismo, señala cinco etapas en el proceso de hacerse a la idea de la muerte; negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

En la etapa de la negación, el sujeto rechaza la posibilidad de muerte y busca otras opiniones y diagnósticos más favorables.

Una vez que se da cuenta de que va a morir sin remedio, hace su aparición la ira, el resentimiento y la envidia. El sujeto se siente frustrado, porque sus planes y sueños no se realizarán.

En la etapa de negociación, se buscan formas de ganar tiempo, haciendo promesas y pactando con Dios, los médicos, las enfermeras u otros para obtener más tiempo o alivio al dolor y al sufrimiento.

Cuando fracasa la negociación, y se va acabando el tiempo, llegan la desesperación y la depresión. El que se encuentra en la etapa depresiva, lamenta las pérdidas que ya han ocurrido, lo mismo que la muerte y separación de la familia y los amigos que pronto sobrevendrá.

En la etapa final de aceptación, se acepta y se aguarda sercnamente el desenlace definitivo.

Boumpadre (1987), mencionado en la depresión (1987), concluye que la personalidad del anciano se forma desde la niñez y depende de factores genéticos, de carácter, de las enfermedades sufridas, de las experiencias tenidas, del estado socioeconómico, de los nexos familiares y afectivos, posibilidades de comunicación, de la ocupación y de la decadencia física y mental propias de la edad. Pero enfatiza, que la condiciones medio-ambientales desfavorables para el anciano, son una variable importantísima, ya que acrecientan diferentes trastornos como: depresión, demencia, agresividad, etc.

Es importante resaltar que los ancianos afrontan la dura e inevitable muerte, ya que al ir perdiendo a un número mayor de sus amigos y colegas, deben además revisar sus modificaciones importantes de ellas. Como señaló Erickson (1952), las personas pueden percibir al momento de muerte una sensación de alegría y satisfacción por lo que lograron durante su vida, o lamentando sus fallas por sentirse insatisfechos de no haber logrado grandes cosas.

Bermann (1987), menciona que la idea de muerte en el anciano es algo inevitable y le preocupa, lo tortura, lo angustia y esto suele acrecentarse, si el anciano es pobre y achacoso. Por otra parte el fantasma de la muerte, antes lejano y borroso, se va precisando con caracteres concretos a través de la desaparición de sus familiares y amigos y de las relaciones de deterioro de su salud, de sus limitaciones cada vez mayores, del envejecimiento de modo de vida, del anacronismo de su escala de valores.

Como punto final, encontramos que las actitudes del anciano ante la muerte, son muy diversas, existen ancianos, que toman una actitud agresiva hacia las personas que lo rodean, por el contrario, otros se deprimen y se aíslan de los demás o muchas veces, solo quieren estar acompañados por sus amigos o por las personas que se encargan de ellos, en caso de estar institucionalizados.

CAPÍTULO III. TERAPIA OCUPACIONAL.

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO.

Antes de comenzar a desarrollar este capítulo es importante mencionar que se hará referencia a los trabajos realizados en la Ciudad de la Habana.

Por otra parte en cuanto al contexto histórico de la rehabilitación psiquiátrica se remonta al siglo XV; ya que en 1409, los médicos de Valencia (España), fueron los primeros en instituir un tratamiento ético a base de ejercicios libres, juegos, entrenamientos, higiene, hobbies, etc.

Así mismo, en el manicomio de Zaragoza se empleaba el trabajo agrícola para canalizar las energías de los pacientes hacia una actividad constructiva. También se habían construido hospitales en Sevilla, Valladolid, Palma de Mallorca Toledo y Granada, lo cual confirma la opinión de que la psiquiatría con un enfoque humanitario estuvo en España, (Ordaz 1987).

No obstante, en el resto de Europa la liberación de los enfermos mentales, tuvo lugar hasta fines del siglo XVIII debido a la contribución de la obra del Doctor P. Pinel en Francia, en el hospital Bicêtre, el cual sostenía el punto de vista de que "los enfermos mentales, tan lejos de ser enfermos mentales, lejos de ser delincuentes dignos de castigo, son personas cuyo estado merece toda la consideración que se le debe a la humanidad doliente".

De esta manera es como se introduce el concepto de que el paciente mental era un enfermo y no un "endemoniado" como se pensaba en aquel entonces, lo cual dio lugar al nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica, ya que se universalizaron los

principios humanitarios empleados por los médicos españoles y defendidos, con ardor, por el célebre alicenista francés.

Ferrus citado en la rehabilitación psiquiátrica de Ordaz (1987) y junto con Pinel inauguró lo que más tarde se llegó a conocer con el nombre de terapia por el trabajo, ya que con la labor realizada por los pacientes, se construyó una "Granja" la cual era un lugar donde permanecían los ancianos, en el sitio en que hoy se levanta el hospital de Santa Ana, de París.

Ahora bien, la reforma en el campo de la terapéutica psiquiátrica se extendió a Inglaterra y Norteamérica mediante la incorporación de nuevos métodos y técnicas en el tratamiento de los enfermos mentales, para contribuir a su rehabilitación.

Por otra parte, a principios del siglo XX, el doctor H. Simón, psiquiatra Alemán, sistematizó el tratamiento por el trabajo en los enfermos mentales; además los dotó de un gran contenido científico lo que le permitió desarrollar un método que, aún hoy, sirve de directriz para la organización del trabajo en los hospitales psiquiátricos, con las modificaciones lógicas impuestas por las circunstancias locales.

Así mismo en la Rusia-Prerevolucionaria, Kosakou, Gannushkin y Protopopou intentaron realizar algunos trabajos en esta dirección pero no los pudieron llevar a vías de hecho debido a las condiciones sociopolíticas existentes en ese país; por tanto después de la revolución socialista, de Octubre, se pudieron establecer sobre bases sólidas la formación de un sistema de ubicación sociolaboral de los enfermos mentales.

Por otra parte, en Cuba, la historia de la rehabilitación psiquiátrica está unida a la historia del Hospital Psiquiátrico de la Habana, institución que ha desarrollado esta disciplina científica hasta su nivel actual, y la ha hecho acreedora del reconocimiento internacional, Ordaz (1987).

Por otro lado, en su evolución histórica, el hospital ha atravesado por tres grandes etapas, que podríamos resumir así:

1) El hospital de dementes de Cuba fue fundado en el año de 1857.

2) En primer lugar, el objetivo de esta fundación fue dar asilo a esclavos negros seniles que por su avanzada edad, están perturbados de sus facultades mentales, y que por no ser productivos, habían sido abandonados por sus amos.

3) Por otro lado al quedar abolida la esclavitud, fueron ingresados junto con aquellos negros esclavos enfermos mentales que deambulaban por las calles y caminos, y fue así como el antiguo asilo de esclavos funcionó aunque las condiciones en que se encontraban los enfermos no eran las más convenientes.

Por otra parte en cuanto a las necesidades básicas estas no podían ser cubiertas por lo tanto era imposible que en pleno siglo XIX, se pudiera pensar en la rehabilitación de los enfermos mentales mediante el uso de la terapia ocupacional.

De la misma forma encontramos que una minoría se interesó por aquella anticientífica e inhumana situación pero no fue hasta 1944 cuando el doctor E. Valdés Castillo presentó un informe en el que anunciaba entre otras medidas rehabilitatorias, la creación de un departamento de cultura física, la organización de juegos y de la enseñanza de la declaración, la construcción de un estadio de madera, y la práctica de la terapia ocupacional en todos sus aspectos, Ordaz (1987).

Es importante mencionar que en el hospital psiquiátrico de la Habana en el año de 1959 llega al hospital de dementes el humanismo revolucionario en la persona del Doctor E. Ordaz quien convirtió aquel hospital psiquiátrico de la Habana, en el hospital Vanguardista en el campo de la rehabilitación del enfermo mental crónico.

De la misma forma la nueva dirección contaba con un Ministerio de Salud Pública; ya que existió un cambio radical se edificaron confortables pabellones y se dedicó especial cuidado al hecho de que los pacientes contaran con atención médica y sus necesidades básicas fueron satisfechas.

Al mismo tiempo se mejoran las condiciones físicas y humanas; y se determinó la conducta terapéutica a seguir y se encontró que había un 90% de pacientes crónicos y que, entre ellos, alrededor del 68% era esquizofrénicos.

Así mismo se decide, la utilización intensiva de la psicofarmacoterapia y de psicoterapia individual y de grupo, organizar un departamento de terapia ocupacional y de rehabilitación ya que se considera absolutamente necesario movilizar a aquellos enfermos ociosos, con todos los síntomas del hospitalismo se añadió lo de su afección mental y de volverlos a la comunidad hasta donde les fuera posible.

La decisión de tomar la terapia ocupacional como tratamiento clave de dichos de enfermos fue extendiéndose a todos los que se encontraban en la categoría de crónicos, fue motivada por la introducción del nuevo sistema socioeconómico, que planteaba como premisa fundamental que el hombre es la preocupación fundamental de toda la sociedad. Así mismo fue como principio básico que todo paciente crónico debía tener diariamente, un tiempo de trabajo, un tiempo de recreación y un tiempo de ejercicios físicos o deportes.

Por otra parte en 1960 comenzó a funcionar el departamento de terapia ocupacional y rehabilitación. En aquel entonces la actividad de dicha dependencia sólo se circunscribía a una variante de excursionismo: los paseos a pie por los alrededores del hospital.

Posteriormente las actividades de terapia ocupacional, en sus variadas manifestaciones se desarrollaban en parques y salas, y en ellas participaban con interés, un número considerable de enfermos.

En 1962, se construyó el servicio de terapia ocupacional y rehabilitación dotado de amplias y confortables talleres, en los cuales los pacientes eran orientados por terapeutas, y realizaban distintas actividades de acuerdo con el nivel de rehabilitación en que se hallaban ubicados, y el perfil ocupacional diseñado por un concienzudo estudio de las capacidades reales y potenciales del enfermo, vocación, etc., de un magnífico campo deportivo (incluido un moderno estadio) en el que los enfermos practicaban, como actividad científica y como parte de un programa terapéutico-rehabilitatorio, la gimnasia, el deporte y el juego, tanto por su alto valor fisiológico como psicopedagógico, y mediante los cuales se atienden la salud del cuerpo y la mente (las dos caras de un mismo proceso) y se llevaba a cabo la rehabilitación de un enfermo de una escuela de enseñanza especial que contaba en ese entonces con una directora y maestros defectólogos, y a lo que asisten los pacientes que muestran interés por la superación cultural y educacional; y la sucesión de musico-terapia en la cual el grupo de pacientes; participaban en actividades artísticas culturales, como implicaciones terapéuticas rehabilitatorias, que constituyen las delicias de los visitantes nacionales y extranjeros que nos halagan con su presencia y que, en presencia, en más de una ocasión las han hecho derramar sentidas lágrimas, por el contenido afectivo de estas actividades, Ordaz (1987).

Antes de finalizar con este punto es importante destacar que, 1974 se instituyó el servicio especial de rehabilitación, el cual, en 1992, devino la vicedirección de rehabilitación, y asuntos sociales dependencia que controla, supervisa y dirige los servicios de crónicos (pabellones nuevos y viejos) los centros de rehabilitación protegidos con albergue, así como cualquier otro tipo de actividad científico-investigativa que se lleve a efecto en el hospital psiquiátrico de la Habana, Ordaz (1987).

3.2 DEFINICIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

La OMS refiere que la terapia ocupacional "es el uso controlado de una actividad" que tiene un fin determinado y esta dirigida, específicamente, hacia la restauración o desarrollo de la función del paciente en lo emocional, así como lo social y lo económico, Ordaz (1987).

Macdonald (1987), describe a la terapia ocupacional como una contribución rehabilitatoria al paciente en sus cuatro aspectos: físico, psicológico, social y económico; todos ellos inciden en todos los enfermos de distinta forma, dependiendo de las enfermedades particulares de cada uno de ellos, y del tipo de incapacidad que sufra.

En cuanto a los programas actividades y proyectos de la terapia ocupacional estos deben ser seleccionados y guiados por terapeutas clasificados que sepan comprender las condiciones del paciente, sus necesidades individuales y el potencial terapéutico de las diversas actividades, Ordaz (1987).

Otros autores han definido a la terapia ocupacional como "cualquier actividad mental o física prescrita por el médico y administrado por el terapeuta calificado, mediante el uso de procedimientos de trabajo y actividades que tienen el propósito de contribuir al mejoramiento, desarrollo y/o mantenimiento de las habilidades mentales, sociales, o físicas que han sido dañadas por una enfermedad o lesión"; Ordaz (1987).

Por otro lado desde un enfoque práctico, se puede concebir a la terapia ocupacional como un método o técnica de carácter rehabilitatorio, con sólidos fundamentos en la teoría del aprendizaje, que trata de proporcionar al paciente un adecuado ajuste social y psicológico mediante el empleo combinado y sintetizado de la ergoterapia como el deporte, la recreación y la enseñanza especializada.

Por otra parte en 1905, el psiquiatra Alemán H. Simón sistematizó el uso del trabajo como factor fundamental en el tratamiento de los enfermos mentales recluidos en la institución que el dirigía; de esta manera aparecen los términos de terapia ocupacional y ergoterapia los cuales son utilizados dentro del contexto terapéutico psiquiátrico.

En resumen podemos mencionar que la ergoterapia es una de las actividades que comprenden la terapia ocupacional; ya que la primera comprende los deportes, la recreación y la última además de comprender estos comprende el trabajo manual e industrial.

Ahora bien, la terapia ocupacional es, al mismo tiempo una actividad rehabilitatoria y pedagógica y como tal "comprende tres facetas principales": un método, un objetivo y un contenido. En cuanto a la primera condición del aprendizaje efectivo es una meta o conjunto de objetivos a los cuales vaya encaminado; la segunda es un método o técnica que permitan alcanzar el objetivo; y la tercera condición es algo sobre que trabajar.

La terapia ocupacional tienen por objetivo la desaparición o atenuación sintomática, además de su valor diagnóstico y de evaluación siendo un procedimiento idóneo para la rehabilitación, que cumpliendo la prescripción médica usa actividades manuales, creadoras, recreaciones sociales, educacionales e industriales, para obtener del enfermo la respuesta física y mental deseada.

3.3 INSTRUMENTOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

En cuanto a los instrumentos que utiliza la terapeuta ocupacional son de tipo educativo, psicopedagógico y rehabilitatorio los cuales se aplican a la situación concreta y en la cual el paciente es un elemento activo y por consiguiente interviene en su propia rehabilitación.

Por lo tanto la terapia ocupacional podría ser considerada como: un proceso dialéctico de enseñanza-aprendizaje que se encamina a vías de hecho en un contexto referencial y psicopedagógico, el terapeuta (maestro), enseña al paciente a utilizar los instrumentos en este caso las actividades productivas o socialmente útiles, y al mismo tiempo, a participar en actividades deportivas, recreativas, etc; que están orientadas desde un punto de vista científico pedagógico, contribuyan a su rehabilitación psicosocial; y por otra parte el paciente (alumno) aprende hábitos laborales útiles y normas de comportamiento adecuadas las cuales empleara tanto en el medio institucional como en su entorno sociofamiliar, una vez egresado.

Debemos señalar cinco factores que inciden sobre cualquier situación pedagógica los cuales resumiremos a continuación:

En lo que se refiere a los enfermos no sólo como individuos deben manejar de manera satisfactoria, los recursos cognoscitivos indomnes, para llevar a cabo distintas actividades que favorezcan su integración psicosocial, sino seres humanos, con todas las capacidades que aún conservan las limitaciones derivadas de un estado psíquico actual; peculiaridades, impulsos e intereses y reacciones, ya que la conjugación armónica de dichos elementos condiciona el éxito de la gestión rehabilitatoria.

En cuanto la terapeuta, no sólo debe orientar la actividad sino que debe ser un verdadero educador capaz de comprender ante todo los problemas emocionales de sus pacientes, y de llevar a feliz término su compleja y delicada misión de estimular, guiar y dirigir el proceso de rehabilitación, esto con el fin de obtener un rendimiento real y positivo que comprenden a la rehabilitación social de sus pacientes-alumnos.

Así mismo los objetivos de la terapia ocupacional deben ser alcanzados de forma escalonada, mediante el trabajo armónico de terapeutas y pacientes; y por otro lado constituyen la razón de ser y las metas necesarias de toda gestión rehabilitatoria, así como sirven de orientación a la política hospitalaria.

Por otro lado las actividades que realizan los enfermos estan deben ser seleccionadas, programadas y dosificadas de manera tal que faciliten su aprendizaje y al mismo tiempo, enriquezcan la inteligencia y la personalidad de los pacientes; ya que este método funciona con todos los recursos humanos y materiales para alcanzar como proceso la rehabilitación psicosocial del paciente.

La concepción psicopedagógica que le sirve de base a la terapia ocupacional contempla tres vertientes principales:

1) El primero es: la motivación inflama la imaginación, el éxito y pone al descubrimiento de las fuentes ignoradas de la energía intelectual sacude el corazón, abre las compuertas de la ambición, la determinación y el ideal e inspira la voluntad de actuar, de perfeccionarse, y de triunfar. Por otro lado la doctora García Herrera concibe a la motivación como: "el estímulo que conduce al sujeto hacia una determinada línea de acción independientemente de si el sujeto de la experiencia se propone y se esfuerza para alcanzar un objetivo". La motivación constituye un requisito indispensable para realizar con éxito o no, una actividad.

2) En lo que se refiere a la atención el profesor E. Clarapede menciona que el interés "expresa una relación recíproca entre el sujeto y el objeto. En sí mismo un objeto no es nunca interesante. El objeto, en efecto, no interesa sino cuando el sujeto esta en disposición de sentirse interesado (motivado), por el objeto, y por otra parte, el sujeto no experimenta el interés sino en presencia de un objeto que le importa y le conviene". (P14).

En cuanto a la atención del doctor A.M. Aguayo la considera como un estado de conciencia, acompañado de "reacciones" físicas y mentales muy complejas, y de una actitud del sujeto hacia un objeto. Estas cualidades psíquicas (atención e interés) constituyen una unidad indisoluble, o con otras palabras las dos caras de un proceso psicológico más amplio y complejo, ya que en la esfera de la psicopedagogía "el interés por un objeto atrae la atención hacia ese objeto". (P.20-21).

La obra del terapeuta ocupacional, consiste en seleccionar, con habilidad pedagógica, los estímulos u actividades de distinto tipo que mejor responda a los intereses del enfermo (alumno) y utilizarlas para atraer y mantener su atención e interés.

Debemos señalar retomando lo anteriormente expuesto que los instrumentos que utiliza la terapia ocupacional son diversos es decir, esta terapia utiliza diferentes técnicas de enseñanza y actividades como: la recreación el deporte, por lo tanto se considera necesario definir cada una de ellas.

En primer lugar se puede decir que la recreación no sólo comprende actividades como:

- 1) Excursiones
- 2) Pascos
- 3) Juegos
- 4) Bailes
- 5) Música
- 6) Actividades de Carácter Deportivo
- 7) Ejercicios de Gimnasia
- 8) Ejercicios de Mesa
- 9) Ejercicios Físicos
- 10) Juegos de Mesa
- 11) Deportes de Competitividad

De la misma forma encontramos que esta forma parte del conjunto de ocupaciones las cuales están destinadas a llenar el tiempo libre del hombre, ya que se entregan con plena aceptación para distraerse o divertirse al igual que desarrolla integralmente su personalidad, gana en conocimiento en lo que se refiere al entorno que rodea al individuo y que amplía en horizonte de sus relaciones interpersonales, Ordaz (1987).

La gran variedad de formas que adopta la recreación apunta Gómez de Otalara (citado en la rehabilitación psiquiátrica) explica lo complejo del hombre y su medio social.

En nuestra sociedad socialista la recreación tiene una alta significación en lo que se refiere al bienestar físico y psíquico de la población, a este respecto el jefe Fidel Castro expresó "Deberá intensificarse el uso de las instalaciones deportivas recreativas y de cultura física, como una de las más adecuadas para ocupar el tiempo libre, a la vez de garantizar un fuerte movimiento deportivo"; De la misma forma, la recreación es considerada como una forma de actividad que implica un intento de autoexpresión.

Mediante las actividades recreativas, incluyendo las deportivas, el hombre encuentra la satisfacción de sus deseos, de lograr compartir con otras personas, de crear, de ganar la aprobación personal y social y expresar su personalidad y sentimientos. Existen actividades con las cuales el hombre encuentra satisfacción y dichas actividades proporcionan y guardan estrecha relación con condiciones físicas y psíquicas así como las posibilidades de la sociedad en que vive.

Así mismo encontramos que la terapia ocupacional utiliza como instrumento psicoterapéutico, la recreación según el criterio de los diversos autores revisados responde a una serie de objetivos entre los que se distinguen los siguientes:

- a) Proporcionan el medio para el intercambio social.

b) Favorecen las manifestaciones espontáneas del individuo y sus sentimientos de realización.

c) Desarrolla sentimientos de responsabilidad y disciplina tanto individual como colectiva.

d) Gana confianza en sí mismo.

e) Despierta el interés de participar directa y activamente en el desarrollo de las actividades.

f) Restablecer sus hábitos de convivencia para mejorar su adaptación social y creación de relaciones interpersonales adecuadas.

g) Mejora la coordinación psicomotora y el adiestramiento corporal.

h) Reduce la acción negativa de síntomas como: ansiedad, agresividad, depresión, sentimientos de minusvalía, etc.

i) Mejora su espontaneidad en las distintas actividades.

j) Proporciona al terapeuta ocupacional la oportunidad de observar, estudiar y analizar al paciente ya que exterioriza sus sentimientos y emociones al creer que nadie los observa.

Dentro de las diferentes modalidades de la recreación lo más importante es la disminución de la sintomatología y rehabilitación del enfermo por lo tanto el terapeuta ocupacional tratará de crear una atmósfera agradable que lo libere de sus tensiones emocionales y reduzca su sintomatología; por ejemplo a través de la pintura el terapeuta ocupacional debe proporcionar el material necesario al paciente y crearle condiciones óptimas para que este pueda desarrollarlas con plenitud; es decir, la expresión de la pintura realizada por el paciente ya sea tempera o a lápiz lo que se debe analizar es el reflejo del contenido de sus sentimientos, motivaciones, gustos, estado de ánimo, etc. Para ser más precisos en cuanto a la definición de diagnóstico, tratamiento y

evaluación. En cuanto a los trabajos realizados por dichos pacientes deben ser utilizados en actividades socialmente útiles como son exposiciones, panales, etc. De esta manera podemos hacerle ver al paciente que su trabajo es útil.

En cuanto a los paseos y las excursiones desde 1959 se pusieron en manos del pueblo trabajador las instalaciones turísticas y de recreo que anteriormente no podían disfrutar la clase trabajadora; por ejemplo en el hospital de la Habana se decide sacar a los enfermos mentales a distintos centros turísticos como son: Soroa, Varadero, Parque Lenin, Zoológico, etc.; a través de esto se lograron altos beneficios en los pacientes.

Es importante señalar que los terapeutas ocupacionales deben tener entrenamiento adecuado y un sentido de responsabilidad.

De la misma forma mencionar que se van a seguir señalando ejemplos acerca de las diferentes formas en como beneficia la terapia ocupacional.

Por lo tanto encontramos que la musicoterapia se utiliza en fines terapéuticos supervisada por el musicoterapeuta. La musicoterapia se divide en pasiva y activa; la primera se refiere a cuando el paciente escucha el sonido, esta de observador no realiza ninguna actividad y la segunda se refiere a cuando el paciente ejecuta con su instrumento la actividad, emite sonidos, etc. La musicoterapia influye en el enfermo mental logrando resultados satisfactorios: entra el autodominio, provoca el entusiasmo y enseña a obedecer y a respetar.

Por lo cual el terapeuta ocupacional debe ser dinámico y motivador en esta actividad ya que en sentido general esta va influir en el paciente desde un punto de vista, psicológico, social y físico, aspectos importantes que tratamos correctamente los cuales van a facilitar el tratamiento rehabilitatorio del enfermo mental crónico. La música se puede clasificar en dos formas la estimulante y la sedante y esta puede ser aplicada en forma colectiva e individual.

Así mismo debemos tomar en cuenta que todas las variantes de la musicoterapia el paciente podrá seleccionar de forma voluntaria para su tratamiento se ha de mayor orden y eficacia y tenga un proceso de asimilación adecuada.

En lo referente a los juegos recreativos podemos decir, que se refiere a la combinación significativa de diversos aspectos mentales y psíquicos indispensables para la solución de un problema nacido de la situación del juego. Estos juegos recreativos tienen un valor educativo, higiénico, terapéutico y recreativo, lo cual influye en la rehabilitación socio-laboral del paciente.

En lo referente a las actividades culturales encontramos que toda institución debe contar con un aparato de proyección cinematográfico, ofreciéndole al paciente películas debidamente escogidas de acuerdo a su enfermedad esto con el fin de evitar que se despierte su sintomatología.

Ahora bien encontramos que los pacientes al participar en actividades culturales como por ejemplo representaciones de obras muchas veces se identifica con los personajes que representan. De la misma forma encontramos que la presentación de la obra sirve para la recreación de los que asisten a la fundación como a los que ejecutan está pero debemos indicar, que estos últimos están recibiendo el tratamiento desde el mismo momento en que empieza a prepararse, seleccionando el vestuario, la escenografía, etc. Delgado (1970).

En cuanto a las actividades recreativas, deportivas y laborales constituyen una amplia gama de instrumentos que se utilizan bajo la supervisión del terapeuta ocupacional, Delgado (1970).

Diversos autores coinciden en señalar que la utilización de los ejercicios físicos y las actividades deportivas en la rehabilitación del enfermo mental, los niños, adultos y ancianos para el desarrollo físico de los mismos y a la elevación de las capacidades de trabajo del organismo, formación y perfeccionamiento de los hábitos y habilidades motoras

pérdidas total o parcialmente producto de la enfermedad, crea hábitos de la disciplina, colectivismo y de la conducta, así como hábitos de higiene y educativos.

"La educación física o educación fisiológica es el conjunto de actividades que a base de ejercicios físicos, adecuadas normas de conducta, reglas pedagógicas y fisiológicas tengan como finalidad fundamental una elevación del potencial físico general del individuo incrementado a su vez excelentes cualidades morales y mentales", Ordaz (1987). (P. 14).

La educación física por su parte se divide en:

- 1) Gimnasia
- 2) Deporte
- 3) Juegos y Competencia
- 4) Atletismo

En lo referente a la educación física debemos señalar que através de esta se obtienen beneficios en cuanto a que mejora la apariencia personal, desarrolla las capacidades y habilidades que han sido dañadas producto de la enfermedad, facilita las relaciones interpersonales paciente-terapeuta ocupacional y paciente-paciente, aprende a obtener los triunfos, derrotas, mejora la circulación y su autoestima, logra hábitos organizativos, higiénicos, educativos, proporciona sentimientos de amistad, etc.

Goalman (1987), menciona que el terapeuta ocupacional utiliza como instrumentos actividades de recreación y expresividad, la capacitación especializada en el empleo de juegos y vocaciones con el fin de ayudar a los pacientes a expresar sus sentimientos y pensamientos, además de aprender nuevas conductas desde los puntos de vista emocional, social, o a recuperarlas.

Fenichel (1989), refiere que los instrumentos que utiliza con más frecuencia el terapeuta ocupacional son el deporte a los hobbies pero menciona que esto puede llegar a representar una obsesión artificial y en determinadas circunstancias un masoquismo artificial.

3.4 APLICACIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ANCIANO

Para iniciar con este punto debemos señalar que la terapia ocupacional puede utilizarse de muchas y distintas maneras, las cuales a continuación trataremos de explicar.

a) Como medio de restauración es decir, cuando un paciente no pueda volver a reemprender su trabajo anterior, la terapéutica ocupacional puede emplearse para determinar su competencia física y mental en orden a su adaptación a otro tipo de trabajo distinto.

La valoración de las actitudes residuales del paciente pueden tener tanta importancia como la de su déficit. Sin embargo, el terapeuta ocupacional no puede llevar a cabo la totalidad de su valoración por sí mismo, sino que aquella debe ser el resultado de la observación, pruebas y conocimientos reales por parte del equipo de "recapitación" aunque su labor sea, por demás importante, así mismo la valoración del paciente no representa un fin por sí misma por lo que hay que considerar las razones pertinentes antes de llevarla a cabo.

A veces son necesarios informes sobre su actitud para mezclarse con los demás, tolerar su frustración o para adaptarse a la disciplina o bien para dar los consejos oportunos para elegir una de las industrias hospitalarias o trabajos protegidos que le vayan mejor. En caso de que vaya a trasladarse a su domicilio, quizá sea necesario determinar la actitud del paciente para trabajar aislado, así como su genio o paciencia para resolver por sí mismo las dificultades o su incapacidad para hacerlo, Macdonald (1987).

b) Por otra parte la terapia ocupacional se utiliza como medio para rehabilitar la salud del anciano así como el funcionamiento en general.

Macdonald (1987), menciona que después de una larga enfermedad la vuelta al trabajo constituye un proceso lento y difícil, por lo tanto sería conveniente planificar un curso de terapia ocupacional ya que puede remontar la salud y el estado funcional general del enfermo, así como sus resistencias a la fatiga; ya que el acostumbrarle gradualmente a un horario regular y paulativamente mayor de trabajo en condiciones lo más parecidas posibles a aquellas condiciones con las que se encontraba de nuevo. Por ello, el departamento de terapia ocupacional debe ser un lugar donde el paciente puede volver a orientarse por sí mismo, manteniendo unos hábitos de puntualidad, orden y cuidado del equipo y trabajando con el fin de conseguir el nivel normal de fuerza física, con la confianza y adaptación psicológica necesarias para una labor provechosa que no resulte forzada. Siempre que sea posible la terapia ocupacional debe aproximarse al trabajo normal del paciente, empleando los músculos necesarios para su labor habitual, la concentración mental y la precisión similares a las de su antiguo trabajo.

Se ha observado que la terapia ocupacional también se ha utilizado para restaurar la función física local (en sentido físico) ya que contribuye a la recuperación de la función local en su sentido físico mediante el tratamiento específico, que deberá planificarse con el objeto de incrementar la movilidad articular y mejorar la fuerza muscular, la coordinación y la resistencia, de forma tal que el paciente aprenda a utilizar la forma más provechosa la mejoría gradual de su funcionalismo anatómico para llevar a cabo sus actividades cotidianas habituales.

Las exigencias que plantea la vida y el trabajo de cada uno de los enfermos deben tenerse siempre presentes, para que pueda volver a ellas lo más rápido y completamente posible, Macdonald (1987).

c) Por otra parte se utiliza como medio de ayuda ya que el paciente que ha quedado con una incapacidad puede aprender la forma mejor para comportarse en su medio adaptándose a su incapacidad y sabiendo hasta que punto debe integrarse en las condiciones sociales y económicas que encontrará cuando sea dado de alta.

Cuando las personas incapacitadas de modo permanente y que viven por debajo de su plena capacidad pueden beneficiarse de una independencia personal respecto a las actividades de la vida diaria, así como de la adaptación social a sus secuelas, McDonald (1987).

d) Se ha observado que la terapia ocupacional se ha utilizado como medida profiláctica; ya que se considera de utilidad en prevención de enfermedades por lo que hay que subrayar: 1) La utilidad del ejercicio para manrenerse en buena forma física, 2) Los aspectos psicológicos acerca del beneficio que se obtiene sobre la introspección excesiva, al aburrimiento, la ansiedad, depresión, etc.

Además de conservar una buena salud mental durante la enfermedad es mucho lo que puede hacerse en orden a conservar la movilidad articular y la fuerza muscular después de la lesión ya preservar el funcionamiento como en el caso de los viejos.

Debemos hacer Hincapié en que los pacientes sobre todo los de larga permanencia, deben llevar siempre a cabo por sí mismos sus propias adaptaciones a la situación personal en que se encuentren.

Macdonald (1987), menciona que es importante ayudar a comprender a los pacientes para entender sus problemas y sobre todo la manera de modificarlos o resolverlos, así como valorar sus actitudes para decidir como y en que circunstancias pueden desarrollarlas de la mejor manera posible. El terapeuta ocupacional, junto con los demás competentes del equipo médico, deben proporcionar al enfermo, el necesario sentimiento de seguridad en el que puedan resolverse todos estos problemas d forma objetiva, sin que se vean dispersos por la ansiedad, preocupación y apatía.

Hay que proporcionar al paciente situaciones necesarias para que el mismo pueda verificar sus actitudes y relacionar sus progresos con los objetivos finales. Debemos señalar que la finalidad, al conseguir mantener la actividad física y recreativa, así como la fuerza muscular, es que esto les ayudará a sentirse útiles así como a mantener una autoestima elevada y su funcionalidad en diversas actividades.

En cuanto a los procesos agudos, debemos indicar que la energía del enfermo se dedica a su lucha por sobrevivir y en ocasiones es preciso un periodo de recuperación después de la operación que se halla efectuado. A la larga, la mayoría de los enfermos alcanzan un estado en el que son capaces ya de dirigir su atención hacia el ambiente que les rodea y es entonces, en esta fase, cuando puede prescribirse la terapia ocupacional.

En la etiología de los trastornos afectivos se ha utilizado comúnmente a la terapia ocupacional ya que intervienen factores constitucionales y hereditarios. Por otro lado enfocaremos este punto para indicar que la terapia ocupacional ha sido utilizada en personas de edad avanzada, Goalman (1987).

En lo que se refiere a nuestro país encontramos que la terapia ocupacional ha sido utilizada para disminuir diferentes trastornos como: depresión, agresividad, ansiedad y angustia, tanto sirve para dar seguridad, como para elevar su autoestima así como su autoconfianza y para seguir manteniendo relaciones sociales apesar de las limitaciones que trae consigo el envejecimiento, INSEN (1990).

Como punto final dentro de este capítulo es necesario hacer incapié en que la terapia ocupacional a partir de diferentes actividades, mantienen a la persona ocupada y al mismo tiempo le proporcionan una rehabilitación, la cual puede ser tanto física como psicológica.

CAPÍTULO IV. TERAPIA ROGERIANA.

4.1 CONTEXTO HISTÓRICO

En cuanto a la psicoterapia autodirectiva o "centrada en la persona" encontramos que esta apareció en 1951 como un enfoque psicoterapéutico sistematizado en los primeros años de la década de los cuarenta. Su iniciador y figura central del sistema Carl Rogers, llegó a la Universidad Estatal de Ohio tras haber ejercido la psicoterapia durante más de doce años en la clínica comunitaria de Rochester, Nueva York, (Lafarga 1970).

La sorpresa de Rogers fue grande cuando, a su llegada a dicha Universidad, los estudiantes de posgrado lo consideraron un innovador, lo cual atribuyó al reducido contacto que estos habían tenido con la práctica clínica, ya que están muy influidos por la tendencia a la verificación por medio de los pasos a la comprobación científica. Eso lo llevó a que emprendiera un minucioso trabajo de práctica psicoterapéutica seguida por el análisis de grabaciones de las consultas, para identificar las constantes que facilitaban el proceso de crecimiento en las personas que acudían a recibir ayuda psicoterapéutica. Con base a dichos análisis de datos y observaciones de su práctica clínica anterior, Rogers escribió un documento titulado "Conceptos Nuevos en Psicoterapia" (1940).

Rogers (1974), describe en forma dramática el nacimiento del sistema psicoterapéutico centrado en la persona. A partir de ese momento emprendió una etapa de formulación de hipótesis, práctica clínica y verificación científica, en forma independiente. Estas hipótesis aparecen analizadas y formuladas sistemáticamente en el segundo capítulo de su primer libro "Consejo y Psicoterapia", 1942. Estas hipótesis aparecen en forma sintética y se formulan de la manera siguiente:

a) El proceso psicoterapéutico esta motivado por el impulso de la persona hacia el crecimiento, la salud y la adaptación; es decir, la psicoterapia consiste en liberar a la persona de elementos que obstaculizan su desarrollo normal.

b) Este proceso esta vinculado básicamente a la expresión y clarificación de sentimientos.

c) La comprensión de las circunstancias presentes de la persona son más importantes.

d) La experiencia de la relación terapéutica es el elemento determinante del crecimiento en el proceso psicoterapéutico.

Debemos indicar que para la presentación de estas hipótesis y los trabajos de investigación de la psicoterapia centrada en la persona, existe la división en cuatro factores o períodos sugeridos por Schlien y Zinring (1974).

PRIMER PERIODO

Durante este período, que abarca de 1940 a 1945, tanto las hipótesis derivadas de la práctica como sus verificaciones de la persona que recibía ayuda.

En lo referente al diagrama utilizado para formular las hipótesis fue el siguiente: Si la persona que recibe ayuda siente la necesidad de recibirla, tiene una inteligencia mínima suficiente y no está rodeada de un medio ambiente totalmente adverso, si el terapeuta actúa como facilitados de la expresión y no interviene directamente y si ambos se establece una buena relación, entonces la persona que recibe ayuda; sentirá en primer lugar una aceptación de sus expresiones y manifestaciones de sentimientos como propios, reconocerá y aceptará la imagen de sí misma, tomará decisiones más responsables, adquirirá un

conocimiento más profundo de sí misma; además de que crecerá hacia la independencia personal.

Como se indicó anteriormente la verificación de estas hipótesis se hicieron en base a transcripciones completas de procesos psicoterapéuticos y datos empíricos obtenidos en la entrevista, (Hart 1970).

Como anteriormente se dijo en la investigación se analizó el proceso en la persona que recibía ayuda y la única característica del terapeuta que se tomó en cuenta durante este período fue la capacidad para establecer una relación, personal satisfactoria con la persona que recibirá la manifestación del potencial de está y evitar toda forma de intervención directiva; ya que la participación por parte del terapeuta era no directiva.

SEGUNDO PERIODO

Dentro de este período que se extiende aproximadamente de 1946 a 1953, los estudios se orientaron a proporcionar una formulación más completa de todo el proceso, en el cual se incluyó en forma más explícita la participación del terapeuta.

Snyder (1945), realizó un estudio en el que analizaba el contenido de las investigaciones del psicoterapeuta sobre la persona que recibía ayuda. De la misma manera el estudio fue repetido por Seeman (1949), quien encontró, a partir de las primeras entrevistas, el movimiento hacia una mayor comprensión de la persona por sí misma y una mayor actividad en la planeación de la expresión de sentimientos positivos que seguían a la manifestación de los negativos, se apreciaba más claramente cuando el terapeuta tenía una actitud y una aceptación incondicional, manifestadas en frases que no solo reflejaban sentimientos y contenidos sino también transmitían actitudes de comprensión y aceptación incondicional.

Cabe señalar Bergaman (1951), planteó la interacción entre el psicoterapeuta y la persona que recibe ayuda en las mismas categorías que Snyder, Seeman, pero no se limitó a solo proporciones de conducta del psicoterapeuta. Concluyendo que después de las intervenciones estructuradas o interpretativas del terapeuta, se producía en la persona que recibía ayuda, un abandono de la exploración en la experiencia del yo, mientras que la clarificación empática del sentimiento generaba una continuada exploración de la experiencia y la adquisición de una más profunda comprensión de sí misma.

Durante este segundo periodo, lo más importante es el esfuerzo de los psicoterapeutas para responder no solo al sentimiento sino también al "significado afectivo" de las expresiones de la otra persona que recibía ayuda.

A final de este periodo Carl Rogers formuló una teoría "fenomenológica" de la personalidad basada en la práctica clínica y en las investigaciones realizadas hasta la fecha; esta apareció en forma inconclusa en 1941 con el título "Algunas observaciones sobre la organización de la personalidad y la conducta".

Lo más importante durante este periodo en cuanto a la práctica psicoterapéutica centrada en la persona, se encuentra en el esfuerzo de los psicoterapeutas para responder no solo al sentimiento sino al "significado afectivo".

El descubrimiento más importante de este segundo periodo consiste en un movimiento hacia cambios permanentes en la integración de la personalidad, hacia actitudes más satisfactorias y constructivas para con los demás y para con ellos mismos; y hacia cambios positivos en la conducta de los sujetos, se relacionó el grado de "empatía", "aceptación" y "congruencia" de los psicoterapeutas que con la mayor o menor experiencia profesional, edad u orientación teórica o ideológica de estos profesionales.

TERCER PERIODO

Abarca de 1950 a 1955, en el cual se reformulan anteriores hipótesis, las cuales podrían expresarse de la siguiente manera:

A) Si dos personas entran en contacto y una de ellas experimenta ansiedad y necesidad de ayuda psicoterapéutica.

B) Si el terapeuta es congruente consigo mismo.

C) Si el terapeuta experimenta una aceptación incondicional y comprensión empática, el proceso entrará en marcha.

CUARTO PERIODO

La importancia de este cuarto periodo se extiende hasta el presente, radica en el "proceso" psicoterapéutico, considerado como un desarrollo de la persona en todas las dimensiones significativas de su existencia, tanto interna como externa, en direcciones convergentes.

Lo significativo durante este periodo en lo referente a la práctica y la investigación, es el movimiento cambiante del proceso psicoterapéutico, fueron formulados de la siguiente manera: Si la persona que recibe ayuda se percibe aceptada en las diversas modalidades y niveles de su experiencia, así como percibe que el terapeuta manifiesta su experiencia con claridad y profundidad, el proceso entonces:

A) Sentirá que su experiencia y expresión son cada vez más congruentes.

B) Sus sentimientos y afectos serán experimentados con mayor nitidez y simbolizados con mayor claridad.

C) La experiencia será más amplia y el manejo de la persona cada vez es mejor, tanto en la relación terapéutica como fuera de ella.

D) Esta experiencia será más aceptada como propia, referida al presente y diferenciada del pasado.

E) La imagen de sí misma será menos rígida y menos determinada por elementos externos y más abierta a nuevas experiencias y al cambio.

QUINTO PERIODO.

Dentro de este periodo la teoría recibió nuevas reformulaciones, formulando las siguientes hipótesis contenidas en el capítulo "Enseñanza Centrada en el Estudiante" de su libro Psicoterapia centrada en la persona.

A) No podemos enseñar a otra persona directamente, solo podemos facilitar su aprendizaje.

B) Solo se puede aprender significativamente lo que es percibido como enriquecedor del propio yo y mantiene la imagen de estima que cada uno tiene de sí mismo.

C) Una atmósfera amenazante genera una experiencia de miedo y un aprendizaje flexible y abierto.

D) Un ambiente educativo es más eficaz para promover un aprendizaje integrable.

4.2 DEFINICIÓN

Es necesario señalar que el método fenomenológico ofrece una imagen optimista de los humanos como seres creativos, en crecimiento, quienes sí todo va bien, guían constantemente su comportamiento en direcciones que realicen finalmente su potencial máximo, (Bernstein y Nietzel 1991).

Es muy importante señalar que la terapia de Rogers se conoce por la no directividad; sin embargo debemos observar que la no directividad no significa una diferencia o una inactividad del terapeuta para dejar actuar al cliente, sino que es una actividad de intervención constante en las experiencias de la persona, una abstención de juicios de valor que inhibieran a la persona, o una aceptación sin límites de la persona como tal, ambas cosas significan prácticamente lo mismo, (Manrique 1982).

Manrique (1982), refiere que la no directiva es ausencia de consejos, instrucciones, interpretaciones, confianza en las posibilidades de la persona para autoconcientizarse de sí mismo.

4.3 TERAPEUTA EN LA PSICOTERAPIA DE ROGERS

Es importante indicar que la función primordial del terapeuta en la psicoterapia de Rogers es procurar lograr el "acuerdo" o "congruencia" entre la "noción del yo" y el "organismo", Lafarga (1970).

Antes de seguir mencionando la función del terapeuta en la psicoterapia de Rogers consideramos necesario definir los siguientes conceptos:

Organismo: Se refiere a una idea psicofísica de nuestro cuerpo es decir, se comprende lo físico y psicológica; es decir, es holístico (Nivel Visceral).

Noción de Yo: Básicamente hace a la imagen de sí mismo, que equivale a "autoconcepto" o "autoimagen".

Rogers (1943), la define como la configuración experimental compuesta de percepciones que se refieren al yo, a las relaciones del yo con los demás, con el medio y con la vida en general, así como los valores que el sujeto concede a estas diferentes percepciones.

Una vez mencionados estos conceptos debemos indicar que el terapeuta lo que hace es "facilitar" el crecimiento de una persona.

Rogers (1970), refiere que la técnica se aplica a las cosas y la "actitud" a las "personas". El individuo en conjunto es lo que se debe cambiar y esto parece lograrse sólo encarándolo como "persona" através de cierta "actitud" (Lafarga 1970).

Se puede concluir que el terapeuta tiene la misión de ayudar a las personas a superar las opciones entre dos instancias básicas: Su "noción de yo" y su "organismo", fuente este último de las "experiencias" organizmicas amenazadoras las cuales devienen en angustia, trastornos funcionales, inadaptación sociofamiliar, disminución variable de la captación de la realidad, etc. Esta negación constituye un proceso de defensa para tener la "noción de yo", asegurando su provisión de afecto parental, fuente de autovaloración y estabilidad, (Lafarga 1970).

En cuanto al terapeuta, este se quita la investidura de autoridad y toma una actitud que lo hace más igualitario al paciente.

Rogers y Kingent (1970), definen la tendencia actualizante como la capacidad latente o manifiesta de comprenderse a sí mismo, de resolver sus problemas de modo que ello sea suficiente para lograr la satisfacción y la eficiencia necesarias para un funcionamiento adecuado.

Así pues, el terapeuta, lo único que hace es quitar los bloques, ya que la persona o personas son muy importantes porque tienen la capacidad de comprenderse a sí mismo, (Rogers 1969).

Rogers (1992), indica, que si el terapeuta logra crear en la relación con la persona, un clima psicológico de calidez y seguridad, la "experiencia" de dicho clima psicológico, puede llegar a modificar la "noción del yo" del paciente, debilitando la negación y permitiendo el insight (introversión) creciente de las "experiencias" no concientizadas y simbolizadas. Esto significa un cambio fundamental en las relaciones entre dichas instancias ("noción del yo" y "organismo"), lo cual se reflejará en el funcionamiento cada vez más armónico de la personalidad.

Rogers (1992), refiere, que ha estudiado de manera minuciosa para lograr tal clima psicológico, como se mencionó anteriormente, estas condiciones se tratan de explicar a continuación de manera clara.

A) PRIMACÍA DE LA PERSONALIDAD SOBRE LA FORMACIÓN PROFESIONAL.

Básicamente, a lo que se refiere esta condición, es que lo más importante son las cualidades del terapeuta que su formación científica, ya que al percibir la relación como igualitaria se permite que se active la tendencia actualizante de la persona.

B) EMPATÍA.

Se refiere a la capacidad de ubicarse en la situación del otro, en su mundo subjetivo y percibir hasta donde le sea posible la realidad como la ve el otro. Significa para el terapeuta Rogeriano que, frente a la persona, sus propios intereses, valores y modalidades perspectivas, pasan a segundo término, pues su intención fundamental es comprender a la persona "desde adentro", o sea tratar de sentir lo que siente este, "duplicar" en sí mismo la experiencia del otro.

Por otra parte, se ha visto que la experiencia científica investigada, muestra que la captación empática del mundo subjetivo del paciente (especialmente de sus conflictos) al ser devueltos o "reflejados" a este lo provienen de una vivencia esencial valor psicoterápico ya que al

sentirse comprendido se moviliza su "tendencia actualizante". Así mismo se ha observado que la empatía se da cuando el psicoterapeuta percibe los sentimientos y significados personales que el cliente experimenta en cada momento, cuando pueden percibirlos desde "adentro" tal como aparecen al cliente y es capaz de comunicar a este último una parte de esa comprensión empática.

Por el contrario, si se recibe o se ofrece con poca frecuencia no se producirá el cambio deseado; ya que cuando el terapeuta puede captar momento a momento la experiencia que se verifica en el mundo interior del cliente y sentirla, sin perder la disparidad de su propia identidad, es posible que se produzca el cambio deseado.

C) AUTENTICIDAD.

Esta condición se refiere, al "acuerdo interno" o "congruencia" entre la "noción del yo" y el "organismo" del terapeuta. Implica un estar abierto a la propia experiencia orgánica de modo que el margen de defensividad sea lo más escaso posible.

Básicamente, es el poder brindar a este último la atmósfera de calidez y seguridad, imprescindible para el progreso terapéutico, exige constancia en los sentimientos del terapeuta hacia el paciente, lo cual provoca que brote la autenticidad de tales sentimientos.

Rogers (1992), hace hincapié a que, en cuanto más auténtica sea una relación, más útil resultará esta última. Esto significa que debo tener presente mis propios sentimientos, y no ofrecer fachada externa, adoptando una actitud distinta de la que surge de un nivel más profundo o inconsciente. Ser auténticos implica, también, la voluntad de ser y expresar, a través de mis palabras y mi conducta, los diversos sentimientos y actitudes que existen en mí. Esta es la única manera de lograr que la relación sea auténtica, condición que reviste fundamental importancia. Sólo mostrándome tal cual soy, puedo lograr que la otra busque exitosamente su propia autenticidad.

D) CONSIDERACIÓN POSITIVA INCONDICIONAL.

Es un sentimiento positivo hacia el paciente relacionado con lo que se llama aprecio, simpatía, respeto, afecto amor en sentido amplio. Por otro lado cabe señalar que para verificar esta condición en el terapeuta es necesario que exista una relación con el paciente, el grado mínimo de contacto que se refiere a cuando dos personas están juntas una en presencia de la otra afectándose recíprocamente. Esta consideración positiva se eleva a incondicional cuando todo lo expresado (verbalmente o no) por el paciente, es vivido como digno de respeto o aceptación dentro de él, el terapeuta debe permanecer invariable.

Rogers (1991), refiere que el cambio también se ve facilitado cuando el terapeuta experimenta una aceptación cálida y positiva, hacia lo que existe en el cliente. Esto supone, por parte del terapeuta el deseo genuino de que el cliente sienta cualquier sentimiento que surja en él en ese momento: temor, confusión, dolor, orgullo, enojo, odio, amor, coraje o pánico. Significa que el terapeuta se preocupa por el cliente de manera positiva, que lo valora incondicionalmente y que no se limita a aceptarlo cuando su conducta obedece a otras. Todo esto implica un sentimiento positivo sin reservas ni evaluaciones. Por lo tanto podemos decir que es una expresión de respeto incondicional.

E) MADUREZ EMOCIONAL.

Significa facilitar la confianza y la seguridad. Es poder comprometerse en una relación íntima y significativa con el paciente, sin perder con ello la "asepsia" que exige una sana relación psicoterápica.

F) COMPRENSIÓN DE SÍ MISMO.

Rogers (1970), la define como una apertura constante a la experiencia. El terapeuta se tiene que comprender a sí mismo para comprender al otro; es decir, se debe lograr la propia autenticidad.

4.4 INSTRUMENTALIZACIÓN DE LA ACTITUD DEL TERAPEUTA

En cuanto a la instrumentalización que utiliza el terapeuta rogeriano, se refiere básicamente a actitudes como:

APOYO.- El cual es indirecto e implícito; ya que aquí el terapeuta apoya acompañando al paciente en su proceso de reorganizarse, pero dejando a éste la iniciativa y libertad para decidir por sí mismo la orientación de tal proceso, Manrique (1982).

REFLEJO.- El cual es característico de la actitud rogeriana y se refiere al recibir (paciente) su propia comunicación reflejada por el terapeuta como empatía y consideración positiva incondicional genuinas, lo cual va a producir un efecto constructivo en el paciente, Rogers (1992).

Podemos mencionar así pues, que el paciente a través del reflejo, se encuentra a sí mismo, pues su propia comunicación le es devuelta.

En general el reflejo es un espejo; síntesis de lo que dice la persona, es decir, ser un "cálido" espejo afectivo.

Marques (1982), define el reflejo simple, como la repetición de lo expresado por el cliente. El terapeuta la utiliza en situaciones descriptivas, en las que no existe una carga emotiva que afecte el discurso. Este reflejo es un medio para que el cliente sea consciente de los fallos de su descripción para que ponga orden en ella, por otro lado podría considerarse una recitación o un repetir básicamente lo que dice el paciente.

Las ventajas más importantes del reflejo es que nunca cuestiona la validez objetiva de lo comunicado por el paciente; además de que implica una aceptación valorizada hacia el paciente favoreciendo la introvisión, (Rogers 1992).

Rogers y Col (1970), han estudiado de manera minuciosa y casi con precisión los sutiles y delicados matices del reflejo. Tras haber examinado numerosas grabaciones y protocolos de entrevistas "Centradas al Cliente" de las cuales se han extraído diversas modalidades de esta instrumentalización y analizando sus efectos psicoterapicos.

Como ya se dijo anteriormente, la toma de conciencia desde "adentro" por lo tanto en función del grado de esclarecimiento, se pueden clasificar en tres tipos:

A) REFLEJO SIMPLE O REITERACIÓN.

En el cual, principalmente lo que se busca, es resumir la esencia de lo comunicado por el paciente mediante una repetición más o menos literal de lo expresado.

B) REFLEJO DE SENTIMIENTO O REFLEJO PROPIAMENTE DICHO

Se refiere a que el paciente tome conciencia del sentimiento o intención implícitos en su comunicación esto significa arrojar más luz sobre el "fondo gestáltico" de lo expresado para el tema central, la "figura" se realce y complete.

C) ELUCIDACIÓN

Se refiere a que el terapeuta procura explicar lógicamente los sentimientos y actitudes; que ya están contenidos en la comunicación, del paciente, es entonces un instrumento importante que posee el terapeuta para expresar su punto de vista, su postura ante lo expuesto; sólo él, comunicándose en una forma y otra forma es quien crea la atmósfera terapéutica.

4.5 TERAPIA DE ROGERS APLICADA EN ANCIANOS

Lafarga (1991), refiere que aunque uno se encuentre en la "vejez" uno puede sentirse "joven"; además de que debemos mencionar que aún en esta edad se tienen ganas de hacer diferentes cosas por ejemplo Oliver Wendell Holmes, al dejar un teatro a los 80 años, se dan cuenta de que evidentemente esta viejo sin embargo, en su interior sigue siendo la misma persona en muchos aspectos.

Por otra parte debemos señalar que el llegar a la vejez implica una mayor actividad, crecimiento, creatividad, productividad como los casos de Sofocles, Miguel Ángel Cervantes, Voltaire, Gethic, Verdi, Tolstoi, Shaw, Freud, por lo tanto al trabajar con ancianos desde el enfoque rogeriano tenemos que hacer que se den cuenta que aún son personas útiles, las cuales tienen actitudes hacia la productividad, creatividad y crecimiento, (Lafarga 1991).

Lafarga (1991), observó que aunque en la vejez se plantean problemas físicos y psicológicos con los que continuamos trabajando; es un período difícil para alternar la desesperación y la esperanza esta última es la más notable, ya que encontramos que las personas de edad avanzada a pesar de sus enfermedades luchan para volver de nuevo a una vida más normal, construida alrededor de sus propios propósitos. Esto no es fácil ya que uno tiene que analizar si quiere vivir o si tiene alguna razón por la que debe vivir. Por ejemplo Helen una señora anciana la cual sufría de enfermedades físicas y psicológicas; siempre tuvo fuerza de voluntad para salir adelante es decir, para tener una vida normal a pesar de sus incapacidades físicas y psicológicas con lo cual podemos darnos cuenta que a pesar de sus enfermedades ella siempre se encontró en un continuo crecimiento y acercamiento ya que ella convivía con su esposo, amigos a pesar de su enfermedad.

Lafarga (1991), menciona que cuando uno llega a la vejez esta más abierto a una mayor intimidad de relaciones; y esto lo ve como el resultado de las experiencias en los encuentros; ya que se esta

preparando para tocar y dejarse tocar físicamente ya puede dar besos, abrazos tanto a hombres como a mujeres; es como darse cuenta de que cuando se desea un contacto psicológico más estrecho y de una manera abierta se puede decir "hay como un deseo de estar cerca en otra relación, arriesgando más de uno mismo, sintiendo como si una nueva, grande y profunda capacidad de intimidad se haya descubierto dentro de uno. Es una capacidad que produce por un lado daño y por el otro alegría ya que ha significado más profundas y más íntimas relaciones con los hombres, compartiendo sin retener, teniendo fe en la amistad".

Frankl (1987), menciona que uno debe encontrar un sentido a la vida aunque uno se encuentre en el sufrimiento o en la muerte y pone como ejemplo significativo la muerte de Iván Ilich de León Tolstoi.

En cuanto a la voluntad de sentido no es tan sólo una auténtica manifestación de lo esencialmente humano, sino también como afirmado Theodore A. Koetchen un criterio fiable de salud mental. Sor Mary Raphael, Raymond R. Shrader y James C. Crumbaugh han medido la voluntad de sentido obtenido puntuaciones altas en grupo de profesionales y hombres de negocios bien motivados y con éxito. Por el contrario una ausencia de sentido y finalidad en la vida es índice de mala adaptación emocional, como ha sido demostrado por Elizabeth S. Lukas. Como dijo Albert Einstein "El hombre que considera su vida como falta de sentido no solamente es desdichado, sino difícilmente apto para la vida". Por tanto podemos darnos cuenta que el ser anciano no significa que no puedan encontrarle un sentido positivo a la vida.

Lafarga (1991), menciona que aunque se piensa que los años de vejez son años de calma y serenidad encuentra que esto esta mal encauzado ya que cree que existen mayores perspectivas de hechos fuer de sí mismo y a menudo se vuelve más observable y objetivo que antes.

Cuando las heridas parecen más punzantes, el dolor es más intenso, las lágrimas llegan con más facilidad, la alegría alcanza más altas cimas, hasta el enojo; ya que cualquier se dispara más fácilmente en la vejez y esto se puede observar más o menos a través de los grupos de

encuentro que se forman con ancianos, en los cuales se dan cuenta de sus verdaderos sentimientos, es decir, entran en contacto con ellos; además de que palpan con más claridad al igual que se vuelven más reflexivos.

Por último debemos mencionar que al trabajar con ancianos, lo más conveniente es hacerlo en grupos, ya que al sentirse aceptados y valorizados por sus compañeros, les ayudará a darse cuenta que son personas con potencial, el cual pueden explotar a través de seguir siendo productivos, (E-Chiu 1990).

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA.

5.1 OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL: Aplicación de dos enfoques terapéuticos para disminuir la depresión en ancianos institucionalizados.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Combinación de la terapia ocupacional y la terapia rogeriana para disminuir la depresión en ancianos institucionalizados.

5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad encontramos que la depresión en el anciano prevalece a pesar de diferentes tratamientos terapéuticos que han sido utilizados; como una opción que ha tenido resultados favorables; por lo cual es necesario mencionar que la terapia rogeriana ha sido empleada en el tratamiento de la depresión en la tercera edad, obteniéndose resultados favorables pero medidas pequeñas; por otra parte la terapia ocupacional también ha servido para el mejoramiento de este problema a partir de diferentes actividades como: iluminación, pintura, ejercicio físico, música, teatro, etc.; así mismo existen otros enfoques los cuales también han sido utilizados por lo que el planteamiento del problema es el siguiente: Mediante la terapia ocupacional y la terapia rogeriana disminuye la depresión en ancianos institucionalizados.

5.3 HIPÓTESIS.

Ho: Los puntajes obtenidos en la combinación de la terapia rogeriana y la terapia ocupacional, no muestran una disminución de la depresión a diferencia de su aplicación por separado.

Ha: Los puntajes obtenidos en la combinación de la terapia rogeriana y la terapia ocupacional, muestran una disminución de la depresión a diferencia de su aplicación por separado.

5.4 VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE: Nivel de depresión.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Programa de tratamiento 1) terapia rogeriana. 2) terapia ocupacional.

5.5 DEFINICIONES

a) DEFINICIONES CONCEPTUALES.

DEPRESIÓN.- Estado emocional de desaliento, sentimiento de inutilidad y ordinariamente de aprehensión, trastorno psiquiátrico más común.

TERAPIA ROGERIANA.- Terapia centrada en el cliente; la cual principalmente está dirigida a proporcionar al cliente experiencias nuevas que reiniciarán el proceso de crecimiento.

TERAPIA OCUPACIONAL.- Terapia que a partir de diferentes técnicas, ayuda a la rehabilitación del paciente en sus cuatro aspectos: físico, psicológico, social y económico.

b) DEFINICIONES OPERACIONALES.

DEPRESIÓN.- Grado de tristeza que conduce a una disminución de la actividad física e intelectual.

TERAPIA ROGERIANA.- Terapia que a partir de actitudes positivas hacia el cliente ayuda a que este se acepte tal y como es; además de elevar su autoestima.

TERAPIA OCUPACIONAL.- Terapia que a partir de diversas actividades ayuda a disminuir diferentes trastornos.

5.6 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

AMBIENTALES.

La investigación se realizó durante seis meses en la casa-hogar para ancianos "Vicente García Torres", perteneciente a la dirección de asistencia social y rehabilitación de la institución para el desarrollo integral de la familia (DIF). La organización de la misma está integrada por la dirección, administración y los servicios de vigilancia, intendencia, mantenimiento, medicina, enfermería, trabajo social, y psicología. Cuenta con cuatro edificios de dos plantas: uno es el edificio de gobierno, otro es el dormitorio para mujeres y el dormitorio para hombres, consultorios médicos, el salón de usos múltiples; y por último para cuidados especiales (enfermería) y su anexo, enfrente de este edificio, se encuentra el dormitorio de matrimonios, además cuenta con servicios de comedor, luz eléctrica, agua caliente y fría, lavandería, peluquería, lavaderos, así como la capilla con asistencia de sacerdote que no es del personal de la casa-hogar, cada anciano se encuentra alojado en una habitación con cinco compañeros más, habiendo para cada uno de ellos, un closet con llave propia. Durante el día se le sirven tres alimentos: desayuno, comida y merienda; también en el control de cada uno de los dormitorios se les proporciona el jabón, sácate y toalla para su cuidado personal, así como ropa limpia para llevarla a la lavandería.

Biológicas.

Los ancianos son personas residentes, cuyo promedio de edad fluctúa entre 62 y 96 años con promedio de 86 años, del sexo femenino y masculino. Con padecimientos que van desde alteraciones de los sentidos (vista, oído y marcha, etc.; hasta diabetes, desnutrición, etc.), hasta extremos como la demencia senil, síndrome orgánico cerebral, etc. Un noventa por ciento de la población utiliza prótesis para caminar y para ver, siendo en igual proporción, letárgicos tanto para ambular como para orientarse, unido a esto se reporta que el cincuenta por ciento no es autosuficiente y de ahí que requieren asistencia y lo ayudan tanto en su aseo personal como en su desplazamiento.

Psicológicas.

Dentro de este aspecto solo se proporcionaron los siguientes datos: Del total de la población sólo el 2.5% participa en la actividad presentada por el taller de productividad, el que imparte costura, bordado, tejido y labores manuales, y dentro de estos, sólo un residente del sexo masculino participa. Un 3% realiza labores por cuenta propia, y el resto de la población se encuentra sentado en las sillas del jardín o en su habitación. Cerca del noventa por ciento de los residentes reportan no tener motivación para realizar algo, por tres razones: la primera es que "no creen poder hacer algo", en segundo lugar "porque se han olvidado de ellos", considerando esto como un índice devaluativo de su persona.

Una semana de vida cotidiana dentro de la casa hogar es la siguiente: de Lunes a Viernes se bañan y cambian opcionalmente los ancianos autosuficientes y según la programación los que requieren asistencia para que se haga por lo menos dos veces por semana con cada uno de ellos. La peluquería se encuentra programada, pero son los residentes quienes tienen que llegar a esperar su turno. Martes y Jueves se organizan salidas recreativas para los que no requieren mayor apoyo que el bastón, los Viernes llamados "sociales" son concentrados los

residentes en el salón de usos múltiples para presentar bailables, cantantes y/o repartición de algún aperitivo.

Por su parte un día típico se registra así desde temprano hasta las labores del personal, algunos acuden a los consultorios médicos, al taller, a las sillas, los dormitorios o a la peluquería. Entre las 9:00 y 10:00 hrs. es el desayuno de los residentes, a esta hora se reanudan las labores del personal. Entre las 14:00 y 15:00 hrs. se sirve la comida a los residentes, al terminar nuevamente regresan a donde estaban, y esperan las 18:00 o 18:30 hrs. para la merienda y un 10% se retira a sus dormitorios ya sea a ver la televisión o a escuchar radio para después dormirse.

SOCIALES.

El 60% de los casos tienen como motivo de ingreso el "abandono total", un 10% lo tienen cada uno de los motivos "abandono parcial". A pesar de no estar especificado se puede decir, que se trata en general de una población con bajos recursos económicos. Las categorías mencionadas anteriormente no se encontraban definidas pero a partir de los datos proporcionados por el DIF las características son las siguientes:

ABANDONO TOTAL:

Persona que cuenta con algún familiar o amigo que se puede hacer cargo del residente, pero que no se le localiza o no se encuentra.

ABANDONO PARCIAL:

Persona que cuenta con algún familiar o amigo que no puede hacerse cargo de él.

RECHAZO SOCIAL.

Persona que ingresó por encontrarse vagando, en mal estado de salud física o mental, y que carece de alguien que pueda hacerse cargo de él. Dentro de la población, el 40% presenta estado civil de viudo(a) e

igualmente un 4% son solteros, el 15% es casado y de ellos sólo el 5% están bajo unión libre. Se encontró una proporción semejante de personas analfabetas (40%) y aquellas que sólo saben leer y escribir (40%) mientras que para los que poseen estudios de primaria solo hubo un 15% y para los que tienen estudios superiores un 5%. A los miembros que se encuentran en el taller de productividad, después de elaborar prendas o artículos, organizan un "bazar", los residentes que por cuenta propia elaboraron prendas y objetos, ellos mismos los venden.

MÉTODO.

SUJETOS: 15 ancianos institucionalizados en la casa - hogar "Vicente García Torres"; que se encontraban deprimidos. de 60 a 78 años promedio, ambos sexos.

INSTRUMENTOS:

Escala de Zung que mide la depresión en la cual se obtienen puntuaciones brutas, las cuales se pasan a la escala A.M.D. (VÉASE ANEXO 1.2) la cual sirve para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión. Las mediciones A.M.D. fueron obtenidas con controles normales y con pacientes a los cuales se les había diagnosticado depresión, reacciones de ansiedad, desordenes de personalidad.

El índice promedio se obtuvo de una serie de pacientes deprimidos hospitalizados los cuales habían sido previamente diagnosticados quedando de la siguiente manera: Más de 70 pacientes ambulatorios previamente diagnosticados; Las puntuaciones bajas de 40 y menos indican que no había depresión o que era de poca importancia y si se obtenían puntuaciones de más de 50 indicaban desordenes emocionales, lo cual sugiere el diagnóstico de una depresión ya sea de tipo primario o secundario.

5.7 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Estudio longitudinal en un solo grupo en el cual se aplicó un pretest-posttest (ESCALA DE ZUNG, VÉASE ANEXO 1.1) y los puntajes obtenidos se compararon para verificar si disminuyó la depresión.

PROCEDIMIENTO.

De un universo de 200 ancianos institucionalizados en la casa - hogar para ancianos "Vicente García Torres", se eligió una muestra de 15 beneficiarios; estos fueron elegidos aleatoriamente de una lista la cual pertenece al grupo de beneficiarios que integran el grupo depresivo. Después de elegida la muestra se aplicó el test de Zung, el cual sirvió como pretest (Escala de Zung) se impartió la terapia durante tres meses constando de 25 sesiones aplicándose 2 cada fin de semana y al final de aplicadas las terapias se compararon resultados para observar si aumentaron o disminuyeron los puntajes de depresión, y por último se dio las gracias a los beneficiarios por la ayuda brindada.

CAPÍTULO VI. RESULTADOS.

6.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez aplicado el test de Zung de la depresión (antes-después) al grupo de ancianos se elaboraron tres tablas en las cuales se vaciaron los resultados obtenidos por cada anciano en cuanto al nivel de depresión.

La tabla N°1 muestra las puntuaciones A.M.D. obtenidas en el test de Zung de la depresión antes de la aplicación del tratamiento (terapia ocupacional y terapia rogeriana), estas indican que el nivel de depresión se encontraba elevado, es decir, la clasificación a la cual corresponde a una depresión ambulatoria la cual necesita un determinado tratamiento.

La tabla N°2 muestra que una vez aplicado el tratamiento (terapia ocupacional y terapia rogeriana), las puntuaciones A.M.D. disminuyeron, lo cual indica que, a partir de que se empiezan a aplicar los dos enfoques terapéuticos la depresión disminuye en las personas de edad avanzada.

La tabla N°3 muestra tanto las puntuaciones obtenidas antes del tratamiento así como las obtenidas después del tratamiento y por último las diferencias que existen entre la primera y segunda aplicación del test de Zung de la depresión y estas nos indican que son significativas, lo cual quiere decir que la aplicación de dos enfoques terapéuticos, terapia ocupacional y terapia rogeriana, al ser aplicados en combinación a personas deprimidas, ayudan a disminuir este trastorno.

TABLA N° 1

NIVEL DE DEPRESIÓN	
SUJETO ANTES (A)	
1	73
2	69
3	73
4	71
5	69
6	73
7	71
8	70
9	70
10	71
11	71
12	71
13	73
14	73
15	71

TABLA N° 2

NIVEL DE DEPRESIÓN	
SUJETO	DESPUES (B)
1	25
2	70
3	25
4	25
5	70
6	25
7	25
8	25
9	29
10	28
11	25
12	25
13	28
14	28
15	25

TABLA N° 3

NIVEL DE DEPRESION			
N°	ANTES DE	DESPUES DE	DIFERENCIA
1	73	25	-48
2	69	70	1
3	73	25	-48
4	71	25	-46
5	69	70	1
6	73	25	-48
7	71	25	-46
8	70	25	-45
9	70	29	-41
10	71	26	-45
11	71	25	-46
12	71	25	-46
13	73	26	-47
14	73	26	-47
15	71	25	-46

6.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La prueba que se eligió para el análisis de resultados es la de comparaciones de pares ya que dentro de esta se establece que la hipótesis alterna establece que el conjunto de observaciones de una población es mayor (o menor) que el otro conjunto, por lo tanto, la descripción de la población, la cual consiste en todas las diferencias entre las medias antes y después (A-B) de haber sometido a los sujetos a un determinado tratamiento o una determinada situación. En cuanto a la región, de rechazo y aceptación, se obtiene por medio del valor t consultado en la tabla F y el nivel de significancia (prueba unilateral) y los grados de libertad $gl=n-1$.

En lo referente a la recolección de datos esta se realiza sacando la desviación típica de las n diferencias muestrales y t está distribuido como t de student con $n-1$ grados de libertad. En lo que se refiere al estadístico de prueba encontramos que como la población está normalmente distribuida d es conocida y n pequeña, por lo que la distribución muestral más conveniente es:

$$t = \frac{d - Md}{sd / \sqrt{n}}$$

La decisión estadística se obtiene calculando el valor t y si este es mayor que el valor crítico rechazamos H_0 .

Es importante señalar dentro del análisis de resultados que existen la comprobación de la hipótesis alterna, es decir, existe diferencia entre el puntaje de depresión antes del tratamiento y el puntaje de depresión después del tratamiento.

NIVEL DE DEPRESIÓN

SUJETO	ANTES (A)	DESPUÉS (B)	DIFERENCIA
1	73	25	-48
2	69	70	+1
3	73	25	-48
4	71	25	-46
5	69	70	+1
6	73	25	-48
7	71	25	-46
8	70	25	-45
9	70	29	-41
10	71	26	-45
11	71	25	-46
12	71	25	-46
13	73	26	-47
14	73	26	-47
15	71	25	-46

La tabla muestra las diferencias obtenidas entre la primera aplicación de la prueba de Zung de la depresión.

A continuación se muestra la desviación típica obtenida por medio de la recolección de datos.

$$d = \frac{48+1+48+46+1+48+46+45+41+45+46+46+47+47+46}{15} = 33.8$$

$$Sd = \frac{15(48+1+48+46+1+48+46+45+41+45+46+46+47+47+46) - (2304+2304+2116+1+2304+2116+2025+1681+2116+2209+2116+2209+2116)}{15(14)}$$

$$= \frac{27642 - 131}{15} = 11.47$$

Enseguida se presenta la distribución muestral:

$$t = \frac{33.8 - 0}{11.47 / \sqrt{15}}$$

A continuación describimos la decisión estadística, encontramos que el valor de t , es = 11.41 y este es mayor que el valor crítico de 1.7613 lo cual indica rechazo de H_0 .

6.3 COMPROBACIÓN DE RESULTADOS.

Comprobación de la hipótesis H_a , es decir, los puntajes obtenidos en la combinación de la terapia rogeriana y la terapia ocupacional muestran una disminución de la depresión a diferencia de su aplicación por separado.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES.

A partir de lo expuesto, se puede decir que nuestra hipótesis planteada se cumplió, es decir, la terapia ocupacional, al ser combinada con la terapia rogeriana, disminuye la depresión en las personas de edad avanzada.

Así mismo encontramos que la terapia ocupacional a partir de los deportes, la pintura, la música, el cine, la convivencia, los juegos de competencia; aumentan la autoestima de las personas de edad avanzada, ya que ellos al poder realizar todas las actividades, se sienten útiles y esto los lleva a darse cuenta que a pesar de su envejecimiento, todavía son personas de capacidades y habilidades.

Por otra parte, en lo que se refiere al trabajo de la terapia rogeriana, este dio como resultado que los ancianos concientizaran, tanto acerca de su envejecimiento, como acerca de sus sentimientos hacia sus demás compañeros; debemos enfatizar que los ancianos se dieron cuenta de que no era tan malo estar en la casa - hogar, ya que durante las sesiones se les preguntó sobre cuales eran sus sentimientos acerca de haber ingresado a la casa - hogar y ellos empezaron a darse cuenta de que formaban una familia y de que muchas veces lo que les pasaba era que les daba miedo conocerse y darse cuenta de lo mucho que se apreciaban, y de que si faltara alguno de ellos sentirían como un vacío; de la misma forma empezaron a aceptar tanto sus sentimientos positivos como: el amor, amistad, alegría, seguridad y otras actitudes positivas; así como sus sentimientos negativos o actitudes como: odio, agresividad, agresión física, agresión verbal y todo lo que esto les estaba ocasionando. De la misma forma se dieron cuenta de que se tenían que aceptar tal como eran ya que únicamente por ser personas eran valiosas con sus limitaciones, defectos y virtudes; De la misma forma encontramos que la terapia rogeriana ayudó a que las personas de edad avanzada concientizaran acerca de su propio envejecimiento, de las limitaciones que conlleva este, así como los estados de ánimo que suelen presentarse

en las personas de edad avanzada; así como de lo importante que era convivir con sus compañeros. En lo que se refiere a sus sentimientos, estos se les reflejaban durante las sesiones, con el fin de que se dieran cuenta de estos y que los aceptaran como algo normal; Por otra parte en cuanto al trabajo realizado dentro de la terapia ocupacional este básicamente ayudó a que las personas de edad avanzada ejercitaran sus capacidades físicas, psicológicas, sociales, etc.; esto a través de las diferentes actividades con las cuales se evaluó esta terapia y a través de las observaciones empezamos a darnos cuenta que ellos ponían todo de su parte para realizar el trabajo asignado; así mismo empezaban a convivir más, es decir, platicaban o se ayudaban ya sea a realizar una actividad o a ir de un lugar a otro.

Por lo tanto, encontramos que estas terapias, al ser combinadas, ayudan al buen funcionamiento del individuo a nivel físico, psicológico y social. Físico en primer lugar porque el anciano, está habilitando diversas funciones al realizar diferentes trabajos manuales o al realizar alguna actividad recreativa, deportiva o artística; así como psicológicamente se encuentra ocupado, así como siente que es útil, valioso y capaz y esto le ayuda a elevar su autoestima y al mismo tiempo esto conlleva el que no se deprima.

Encontramos que socialmente, también estas terapias lo ayudan a continuar sus relaciones sociales, es decir, empieza a convivir con las demás personas, a conocerlas y a tener nuevos vínculos sociales y esto lo ayuda de alguna manera a no aislarse.

Por otra parte, en lo que se refiere a mi experiencia personal, coincidió con algunos autores como Lozano y Comfort (1983); ya que considero al igual que ellos, que el anciano es una persona activa y sana aunque con sus limitaciones; pero al mismo tiempo, no dejo de ver que existen factores sociales que los llevan a presentar diferentes trastornos, ya que existen personas, familiares, jóvenes, así como medios de comunicación que los van limitando y esto se debe a que en nuestra sociedad no existe una educación en relación a lo que es la tercera edad,

de esta manera entenderíamos todos los cambios que trae consigo esta etapa de la vida, así como los cuidados que son necesarios.

Como lo menciona Ordaz (1987), encontramos que las actividades que comprende la recreación, le sirven a las personas de edad avanzada para llenar su tiempo libre como para mantenerse ocupados y dejar de pensar en achaques, al mismo tiempo estas le permiten continuar y mantener sus relaciones interpersonales ya que a través de ellas conviven con sus compañeros, cooperan para realizar alguna determinada actividad o trabajo y esto al mismo tiempo como menciona Rogers le sirve para ser aceptado incondicionalmente tanto por sus demás compañeros como por la persona que los dirige, es decir, el terapeuta.

En cuanto a lo que indica Rogers (1991) de que el cambio también se ve facilitado cuando el terapeuta muestra una aceptación cálida y positiva hacia el cliente; esto se corroboró ya que al aplicar estas actitudes encontramos que los ancianos al sentirse aceptados por sus compañeros o terapeutas podían hablar de diferentes problemas de los cuales se les dificultaba hablar pero a partir de mostrar una actitud positiva con ellos sentían que podían ser aceptados y hablaban de sus problemas.

Así mismo, creo que la experiencia al haber trabajado con personas de la tercera edad, fue muy importante, tanto para mi vida personal como para mi vida profesional; ya que en primer lugar comprendí lo que es un anciano, así como lo que es la vejez y los cambios que se van dando, estos pueden ser físicos como plantea Goldman (1987), o psicológicos, aunque en lo que se refiere a estos últimos encontramos que estos pueden o no darse, ya que existen ancianos que se encuentran descosidos de ser escuchados y de que los acepten y comprendan.

En general podemos darnos cuenta de que existen muchos cambios durante el envejecimiento, tanto físicos, como psicológicos,

sociales, etc.; Pero eso no es lo más importante ya que según las respuestas del grupo de estudio durante las diferentes sesiones, encontramos que lo más importante para una persona de edad avanzada es tener alguien que le demuestre afecto, que los escuche, acepte y sobre todo que comprendan que cuenta aún con capacidades para realizar trabajos pero que también tienen limitaciones las cuales se deben a su envejecimiento y no por esa situación deben ser rechazados o abandonados sino por el contrario debemos ayudar a que sigan habilitando sus capacidades, ya sea elaborando un programa en el cual se les pongan diferentes actividades o diferentes trabajos, los cuales les ayuden a seguir funcionando dentro de la familia, así como dentro de la sociedad.

ANEXO 1.1 ESCALA DE ZUNG PARA MEDIR LA DEPRESIÓN.

ESCALA DE ZUNG PARA MEDIR LA DEPRESION	muy pocas veces	algunas veces	la mayor parte del tiempo	continua- mente
1. ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO.				
2. EN LA MAÑANA ME SIENTO MEJOR.				
3. TENGO ACCESOS DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR.				
4. ME CUESTA TRABAJO DORMIRME EN LA NOCHE.				
5. COMO IGUAL QUE ANTES SOLÍA HACERLO.				
6. TODAVÍA ME ATRAE EL SEXO OPUESTO.				
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO.				
8. TENGO MOLESTIAS DE ESTREÑIMIENTO.				
9. EL CORAZÓN ME LATE MÁS APRISA QUE DE COSTUMBRE.				
10. ME CANSO SIN HACER NADA				
11. TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES				
12. ME RESULTA FÁCIL HACER LAS COSAS QUE ACOSTUMBRO.				
13. ME SIENTO INTRANQUILU Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO.				
14. TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO.				
15. ESTOY MÁS IRRITABLE DE LO USUAL.				
16 LE RESULTA FÁCIL TOMAR DECISIONES.				
17. SIENTO QUE SOY ÚTIL Y NECESARIO.				
18. MI VIDA TIENE BASTANTE INTERÉS.				
19. CREO QUE LES HARÍA UN FAVOR A LOS DEMÁS MURIÉNDOME.				
20. TODAVÍA DISFRUTO CON LAS MISMAS COSAS				

ANEXO 1.2

ESCALA DE ZUNG PARA MEDIR LA DEPRESIÓN.

CALIFICACIÓN BÁSICA	INDICE A.M.D.	CALIFICACIÓN BÁSICA	INDICE A.M.D.	CALIFICACIÓN BÁSICA	INDICE A.M.D.
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
36	44	56	69	76	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

ANEXO 1.3

A continuación se detallan las actividades realizadas en la combinación de la terapia rogeriana y la terapia ocupacional; así como la forma en que se evaluó cada sesión.

SESIÓN 1.

ACTIVIDAD: TRABAJO EN GRUPO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA TAREA (COLLAGE)

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE LA EXPERIENCIA DE TRABAJAR EN GRUPO; ASÍ COMO DE LA IMPORTANCIA DE AYUDARSE UNOS A OTROS PARA REALIZAR UNA TAREA ASÍ COMO LA CONVIVENCIA CON LOS DEMÁS.

SESIÓN 2.

ACTIVIDAD: EXPERIENCIA AL INGRESAR A LA CASA-HOGAR, HABLAR CON SU COMPAÑERO FRENTE A FRENTE, AGARRÁNDOSE DE LAS MANOS.

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE LO "AGRADABLE" Y "DESAGRADABLE" DE HABER INGRESADO A LA CASA-HOGAR; ADEMÁS DE LA CONVIVENCIA PERSONAL. REFLEJO DE LAS COMUNICACIONES DE LOS ANCIANOS. CONTACTO FÍSICO.

SESIÓN 3.

ACTIVIDAD: REALIZACIÓN DE UNA ACTIVIDAD (JUEGO DE MEMORIA).

EVALUACIÓN: SE EVALUÓ LA MOTIVACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE SU ENVEJECIMIENTO; ASÍ COMO LO "AGRADABLE" Y "DESAGRADABLE", CUANDO UNO "GANA" Y OTRO "PIERDE"

SESIÓN 4.

ACTIVIDAD: MÚSICA PARA LA REALIZACIÓN DEL EJERCICIO AL AIRE LIBRE.

EVALUACIÓN: REFLEJO DE SENTIMIENTOS, CONCIENTIZACIÓN ACERCA DEL CONTACTO FÍSICO, HABILIDAD PARA REALIZAR UNA ACTIVIDAD DETERMINADA Y LA MANERA DE COOPERACIÓN.

SESIÓN 5.

ACTIVIDAD: TRABAJO INDIVIDUAL (ELABORACIÓN DE UN MUÑECO DE PAPEL MACHE)

EVALUACIÓN: REFLEJO DE SU COMUNICACIÓN, CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE SU POTENCIAL PARA REALIZAR DIFERENTES TAREAS.

SESIÓN 6.

ACTIVIDAD: COMPETENCIA (CANTO)

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE LO IMPORTANTE QUE ES ACEPTAR A LOS DEMÁS; ASÍ COMO DE LO IMPORTANTE QUE ES CONVIVIR. REFLEJO DE COMUNICACIÓN.

SESIÓN 7.

ACTIVIDAD: ELABORACIÓN DE UNA FIGURA GEOMÉTRICA (CUBO).

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE SUS CAPACIDADES E INCAPACIDADES PARA REALIZAR UNA TAREA.

SESIÓN 8.

ACTIVIDAD: HABILIDAD PARA DIBUJAR

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE LA HABILIDAD PARA REALIZAR UNA TAREA.

SESIÓN 9.

ACTIVIDAD: HABILIDAD PARA ARMAR UN ROMPECABEZAS.

EVALUACIÓN: CONCIENTIZAR ACERCA DE COMPETIR. REFLEJO DE SENTIMIENTO ACERCA DE SU COMUNICACIÓN.

SESIÓN 10.

ACTIVIDAD: LECTURA (HISTORIA DE UN ANCIANO)

EVALUACIÓN: REFLEJO DE COMUNICACIÓN. CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE ESCUCHAR A LOS DEMÁS Y DE VALORARLOS COMO PERSONAS INDIVIDUALES.

SESIÓN 11.

ACTIVIDAD: JUEGO DE MESA (TURISTA).

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE LOS SENTIMIENTOS NEGATIVOS AL PERDER; ASÍ COMO DE SUS SENTIMIENTOS POSITIVOS AL GANAR. CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE LO IMPORTANTE QUE ES RELACIONARSE CON LOS DEMÁS. REFLEJO DE SENTIMIENTOS. COORDINACIÓN PSICOMOTORA, INTERÉS, RELACIONES INTERPERSONALES.

SESIÓN 12.

ACTIVIDAD: PELÍCULA (CÓMICA).

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE SU ESTADO DE
ÁNIMO. REFLEJO DE SENTIMIENTOS.
ELUCIDACIÓN.
COOPERACIÓN.

SESIÓN 13.

ACTIVIDAD: COOPERACIÓN EN GRUPO (FIESTA)

EVALUACIÓN: REFLEJO SIMPLE DE SU
COMUNICACIÓN. CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE
LO IMPORTANTE DE SENTIRSE ÚTIL Y VALIOSO.
ELUCIDACIÓN.
INTERÉS EN PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD.
ADAPTACIÓN SOCIAL.
SENTIMIENTOS DE REALIZACIÓN.

SESIÓN 14.

ACTIVIDAD: REALIZACIÓN DE UNA TAREA (LIMPIEZA DE LA
CASA - HOGAR).

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE SU ESTADO DE
ÁNIMO Y DE SENTIRSE ÚTILES PARA BENEFICIO DE
ELLOS MISMOS.
REFLEJO DE SENTIMIENTOS.
COMUNICACIÓN ENTRE ELLOS.
MOTIVACIÓN.

SESIÓN 15.

ACTIVIDAD: REALIZACIÓN DE UNA OBRA DE TEATRO.

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE LO IMPORTANTE QUE ES HACER SENTIR BIEN A LOS DEMÁS A TRAVÉS DE UNA DETERMINADA TAREA.
REFLEJO DE SENTIMIENTOS.
COOPERACIÓN, INTERÉS Y MOTIVACIÓN.

SESIÓN 16.

ACTIVIDAD: EXCURSIÓN AL DESIERTO DE LOS LEONES.

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE LO IMPORTANTE QUE ES SENTIRSE ÚTIL PARA PREPARAR SUS PROPIOS ALIMENTOS.
APROBACIÓN PERSONAL Y SOCIAL.
INTERÉS Y MOTIVACIÓN.
REFLEJO DE SENTIMIENTOS.

SESIÓN 17.

ACTIVIDAD: JUEGO DE COMPETENCIA (RALY)

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE LA HABILIDAD PARA IR DE UN LADO A OTRO; ASÍ COMO LIMITACIONES QUE TRAE CONSIGO EL ENVEJECIMIENTO.
REFLEJO DE SENTIMIENTOS.
ESTADO DE ÁNIMO Y RELACIONES SOCIALES.

SESIÓN 18.

ACTIVIDAD: JUEGO DE COMPETENCIA (RECORDAR FECHAS DE LA HISTORIA DE MÉXICO).

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE LAS LIMITACIONES QUE TRAE EL ENVEJECIMIENTO.
ELUCIDACIÓN Y REFLEJO DE SENTIMIENTOS.
COOPERACIÓN E INTERÉS.

SESIÓN 19.

ACTIVIDAD: REALIZACIÓN DE BAILABLE

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE SU ESTADO DE ÁNIMO.

COORDINACIÓN PSICOMOTORA.

RELACIONES INTERPERSONALES Y MOTIVACIÓN.

SESIÓN 20.

ACTIVIDAD: EJERCICIOS FÍSICOS AL AIRE LIBRE CON MÚSICA.

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE SU ESTADO DE ÁNIMO Y DE CONVIVIR CON LOS DEMÁS.

ELUCIDACIÓN.

REFLEJO DE SENTIMIENTOS.

SESIÓN 21.

ACTIVIDAD: ESCOGER UNA LECTURA DETERMINADA.

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA PODER ELEGIR.

ELUCIDACIÓN.

REFLEJO DE SENTIMIENTOS.

CAPACIDAD DE REALIZACIÓN, MOTIVACIÓN E INTERÉS.

SESIÓN 22.

ACTIVIDAD: JUEGO DE COMPETENCIA (CARTAS)

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE LO IMPORTANTE

QUE ES ESTAR ACOMPAÑADO; ASÍ COMO DE SENTIRSE MOTIVADO PARA REALIZAR UN DETERMINADO JUEGO.

REFLEJO DE SENTIMIENTOS.

ESTADO DE ÁNIMO.

SESIÓN 23.

ACTIVIDAD: EXPERIENCIA DE TRABAJAR CON LOS DEMÁS EN LAS ACTIVIDADES ANTERIORES.

EVALUACIÓN: CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE SUS SENTIMIENTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS; ASÍ COMO COMPRENSIÓN DE SU ENVEJECIMIENTO. DARSE CUENTA DE SUS LIMITACIONES Y SUS HABILIDADES. CONCIENTIZACIÓN ACERCA DE SU ESTADO DE ÁNIMO.

CONVIVENCIA, RELACIONES INTERPERSONALES, COOPERACIÓN, INTERÉS, MOTIVACIÓN, COORDINACIÓN, DISCIPLINA.
REFLEJO DE SENTIMIENTOS.

SESIÓN 24.

ACTIVIDAD: NOS DESPEDIMOS, CADA ANCIANO PREPARÓ UN VERSO PARA DESPEDIRNOS Y ORGANIZAMOS UNA FIESTA.

EVALUACIÓN: SE LES REFLEJÓ Y SE LES HIZO QUE CONCIENTIZARAN ACERCA DE LO IMPORTANTES QUE SON LOS UNOS PARA LOS OTROS; ASÍ COMO SE LES HIZO VER QUE SON PRODUCTIVOS Y CAPACES Y QUE TIENEN UN POTENCIAL PARA REALIZARSE Y PARA ACEPTARSE CON SUS LIMITACIONES Y SUS DESEOS PARA SEGUIR ADELANTE.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Aguyo A.M. (1987); Pedagogía.
La habana, La moderna poesía.
- 2.- Alcalde Isabel (1990); Enciclopedia de Psicología.
Vol. I, Ediciones Océano.
- 3.- Alonso Fernández, F. (1979); Trastornos psíquicos del Anciano.
Enciclopedia de la Psicología y la Pedagogía Vol. III, pp 446-449
Ediciones, Madrid.
- 4.- Bachs, Jordi (1983); Psicología diferencial.
México: Biblioteca de Psicología.
- 5.- Bellak y Small (1988); Psicoterapia Breve y de Emergencia.
México: Pax
- 6.- Bergman D.V. (1961); Counseling method and client response
J. Consulto Psychol Vol. 15 pp. 216-224
- 7.- Calderón Narvaéz Guillermo (1987); La Depresión
México: Trillas.
- 8.- Campilla, G., (1979); Transtornos Mentales en la tercera edad
Enciclopedia de Psicología y Pedagogía Vol. III, pp. 296-300 Ediciones,
Madrid.
- 9.- Castilla del Pino, C., (1981); "Un Estudio Sobre la Depresión"
Fundamentos de antropología Dialéctica, Editorial Península, Cap. I, II
y III.
- 10.- Chevotareu, D., (1982); "La Biología del Envejecimiento"
Salud Mental, pp. 27-29.

- 11.- Contreras, de L. E., (1979); El anciano y su habilidad
Institucionalización 2° Seminario de Asistencia Social al Anciano: La
tercera edad vida en dignidad, Memorias editadas por el sistema
nacional para DIF, pp. 30-36.
- 12.- Cornejo Walter, (1987); La Depresión en ancianos del ANDE
Revista Hospital Psiquiatr, 28 (1) 7-18.
- 13.- Davidoff, L., (1984); Introducción a la Psicología
México: Mc. Graw Hill.
- 14.- D. K. Winstend, Mielke-DH, Or Neill-P-T, (1990); Diagnóstico y
Tratamiento de la depresión en Ancianos
Revista Hospital Psiquiatr, 24 (2) 32-34.
- 15.- Douglas A. Bernstein y Michael T. Nietzel (1991); Introducción a la
Psicología Clínica
México: Mc. Graw Hill.
- 16.- E-Chiu; D. Ames (1990); Depresión in the elderly
Geriatr-Nurs. New-York, 11 (5) 228-230.
- 17.- F. Dymond, Rogers y Rosalind (1954); Psychoterapy Personality Change
University of Chicago Press pp. 55-75.
- 18.- Goalman H, Howard (1987); Psiquiatría General
México: Manual Moderno.
- 19.- Guarner, Enrique (1984); Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico
México: Porrúa.
- 20.- Hernández Ruiz, S., (1960); Metodología General de enseñanza
UTEHA: México, D.F.
- 21.- Lafarga, J., (1991); Learning Languages in Group Counseling Condirions.
Disertación Doctoral Universidad de Loyola, Chicago.

- 22.- Lerner M., (1991); Introducción a la Psicoterapia
Bs. Ar. Nueva Visión Buenos Aires.
- 23.- Lewinshon, P. M. Biglan A., Zeiss A. M., (1976); "Behavioral Treatment of Depression", en: P. Daviason Behavioral Management of Anxiety Depression and Dafn, Ed. Brunner Mazel, New York, pp.91-141.
- 24.- Lozano (1991); Aprender a ser viejos
Revista: Edades Glaxo de México.
- 25.- Mc. Pahil (1981); M., El viejo enfermo
Primer Simposium sobre problemas de vejez pp. 123-129.
- 26.- Kaplan L. Harold (1986); Compendio de Psiquiatría
México Salvat.
- 27.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
(1988); México: Manual Moderno.
- 28.- Manrique López Pedronel (1982); Sistema Terapeuticos Contemporaneos Aplicados
México: Trillas.
- 29.- Mooney, RL (1951); "Problems in the development of research men"
en Educ. Reseach Bull, 30 pp. 141-50
- 30.- Nicóla, P: (1979); Fundamentos de Gerontología y Geriatria
Editorial JIMS, Barcelona España, cap. I, pp 13-25.
- 31.- Ordaz, Eduardo (1987); Teoría y practica,
Habana, la Rehabilitación Psiquiatrica, Revista, Hosp.

- 32.- Oxman- TE, Berkman-LF, Kasl-S Freeman-DH; Jr.; Barrett-J.
Department of psiquiatry,
Dartmouth Medical School, Hanover NH- A. M. J. Epidemiol (1992);
Febrero 15 (35) 356-68.
- 33.- Pratt-CC; Shmall-VL; Wilson-W; Berthin-A (1991); Gerontologist
31 (5) : 692-5.
- 34.- Pedagogía del Interés (1946);
México, UTEHA.
- 35.- Philipp-M, Maier-W; Delmo_CD (1991); Department of Psichiatry,
University of mainz, Federal Republic of Germany 240 (4-5) : pp. 272-
78.
- 36.- Prien, RF, Carpenter, LL; Kupfer D, (1991); Arch Gen-Psychiatry
48 (9) 851-5.
- 37.- Pons, (1987); Medicina y Psicología
México: Cumbre Vol. I, II.
- 38.- Proudevida, R. A., y Monterde, F., (1979); Breve Diccionario Porrúa de
la lengua Española,
Editorial Porrúa, S. A. México D.F.
- ~~39.- Rogers, C.R. Client Centred Therapy
Boston, Houghton Mifflin Col; (1951); Capi IV "Process of Therapy"~~
- 40.- Rogers, C.R. Client a process conception of psychoterapy en Amer.
Psychol (1958) 13, pp. 142-9.
- 41.- Sharp, Merck (1986); Manual de merck
México: Interamericana.
- 42.- Segura, Millan (1987); Nuestra Senecrud Ayer y Hoy
Revista el INSEN.

- 43.- Simón H. (1937); Tratamiento ocupacional de las enfermedades mentales,
Barcelona: Salvat.
- 44.- Terapia de Aprendizaje y Terapia Ocupacional
Rev. Hosp. Psiq. Hab. XVII (1) Enero-Marzo 1977 pp. 92-104.
- 45.- Terapia Ocupacional, Fundamentos Históricos y Científicos
Metodológicos. Conferencia dictada en la sesión inaugural de II Jornada
de Terapia Ocupacional, Habana (1985).
- 46.- Wayne W. Daniel (1988); Estadística con aplicación a las Ciencias
Sociales y a la educación:
México, Mc Graw Hill.
- 47.- Wygaarden, J. Smith, (1987); Cecil Tratado de Medicina
México Interamericana S. A. de C. V.
- 48.- Zimbardo, Philip (1971); Psicología y Vida
México: Trillas.
- 49.- Zinberg-Kaufman (1976); Psicología Normal de la Vejez
Buenos Aires, Paidós.