

## **INTRODUCCIÓN**

El envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos para las especies durante todo el ciclo de la vida. En los últimos años de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con su medio. Los ritmos a que esos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos, no son iguales. Citado por lafacu.com (2002).

Siguiendo a Binet y Bouliere el envejecimiento se define como la "serie de modificaciones psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos". El cual se caracteriza por la alteración progresiva de los mecanismos homeostáticos del anciano, responsables de mantener el equilibrio en el medio interno. La respuesta a cambios internos y/o externos se enaltecen disminuyendo paulatinamente su sensibilidad y amplitud, con una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de recursos del organismo. Estos cambios conllevan una mayor vulnerabilidad a la agresión por agentes externos por la ya comentada pérdida de la capacidad de adaptación.

Por tal motivo las autoras de esta investigación han encontrado información acerca de la técnica de Biodanza la cual es aplicada en personas que presentan enfermedades psicosomáticas y trastornos motores produciendo gran efecto, lo cual nos motivó a realizar un análisis de dicha técnica para proponerla como medio de tratamiento de terapia ocupacional.

A continuación Rolando toro (1983) describe la técnica de Biodanza como un sistema de integración humana, renovación orgánica y reaprendizaje de las funciones sociales de la vida, es una técnica que estimula los potenciales naturales y creativos del ser humano, en la búsqueda de un nuevo estilo de vida, respetando nuestra capacidad de sentir a veces adormecida. Esta basada en vivencias inducidas por la danza, música, canto y ejercicio de comunicación en grupo, pudiendo ser practicada en personas de cualquier edad, y restituirlo a la sociedad como ser humano digno, saludable y con sus potenciales en acción.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Desde el punto de vista de los investigadores de este trabajo, el envejecimiento es una serie de cambios psíquicos, sociales, biológicos, los cuales se presentan desde el momento del nacimiento hasta la muerte; estos cambios pueden ser por factores internos(deterioro de algún órgano), externo(cambios ambientales), los cuales se van presentando progresivamente en el individuo y a su vez produciendo diferentes síntomas tales como: cansancio, debilidad muscular, agotamiento, falta de energía entre otros; de tal manera esto repercute en la funcionalidad de las personas, ya que no van a presentar la misma vitalidad que presentaban anteriormente para la realización de las actividades cotidianas.

Según Langarica (1985) "El envejecimiento es un proceso de cambios biopsicosocial que se presentan mucho antes de que sus manifestaciones den aspectos de senectos o ancianos, es un hecho universal, constante, irreversible, asincrónico y deletéreo".

El hombre se ubica e un ambiente intercambiando influencia con él, de tal suerte que el envejecimiento viene hacer una forma de adaptación para sobrevivir.

El proceso del envejecimiento depende de factores intrínsecos al individuo o endógenos y factores ambientales o exógenos a él. Lo que afecta no es la conducta cotidiana de los organismos con su medio, sino sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse a una situación insólita tanto de origen biológico, psicológico o social.

Debido a todos los cambios que se van presentando en el envejecimiento al ser humano va sufriendo gran deterioro en el ámbito social, laboral, mental y físico; en donde los miembros inferiores se observan más afectados ya que se presentan debilidad muscular, fatiga, cansancio, falta de energía, agotamiento, entre otros.

Por lo antes mencionado el individuo presenta una disminución funcional lo cual afecta primordialmente su traslado, y lo va llevando a un estado de dependencia donde posiblemente ameritara asistencia externa como lo es el uso de bastón, andadera y silla de rueda; así como también la asistencia de segunda persona.

Debido a todos los cambios ocurridos en el envejecimiento se ve afectada la funcionalidad del individuo y lo va llevando a un estado de dependencia, de igual manera afecta su calidad de vida que según Pearlman y Unlman(2000) define como "Funcionamiento físico, social, emocional, satisfacción vital y bienestar".

Según Whestone y John (1991) Define la calidad de vida como "la satisfacción de vivir con libertad y bienestar; es decir, con un funcionamiento físico, social, económico, emocional, que nos permita lograr todos nuestros deseos o nos resignen encontrándonos satisfechos, en paz, queridos, consolados".

Por medio de las investigaciones realizadas por Rolando Toro (1983), se ha obtenido información acerca de los efectos que han dado al aplicar la técnica de la Biodanza como rehabilitación integral a todos los seres humanos, tanto a grupos específicos (niños, adolescentes, adultos y ancianos) como a grupos heterogéneos; la Biodanza puede ser aplicada a personas con enfermedades psicosomáticas y trastornos motores.

El autor mencionado anteriormente define la Biodanza "como un sistema de integración humana, renovación orgánica y de reaprendizaje de las funciones sociales de la vida". Es una técnica que estimula los potenciales naturales y creativos del ser humano, en la búsqueda de un nuevo estilo de vida, despertando nuestra capacidad de sentir a veces adormecida, por medio de la danza, música, y situaciones de encuentro en grupo. Integración significa coherencia y unidad entre las diferentes funciones orgánicas y psíquicas.

El hombre actualmente esta disociado en el ámbito motor, emocional y orgánico. Siente una cosa, piensa otra y actúa de forma diferente.

La Biodanza estimula, a través de la música y situaciones de encuentro en grupo, tanto la integración como el desarrollo de los potenciales innatos. Una definición mas global pudiera ser: "Biodanza es una poética del encuentro humano que permite la expresión de la identidad y el placer de vivir". Rolando Toro (1983)

Esta técnica tiene como objetivo revalorizar a todo ser humano y restituirlo a la sociedad como ser humano digno, saludable y con sus potenciales en acción.

Por los efectos causados con la aplicación de la técnica de la Biodanza en personas con diversas patologías o sin ellas, surge en nosotras la siguiente interrogante: ¿Si al aplicar la técnica de Biodanza como medio de tratamiento en terapia ocupacional mejorara la funcionalidad en el traslado a los residentes de "Doña Margot" (RDM) Caracas – Venezuela?

## **OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo general.**

Utilización de la técnica de biodanza como medio de tratamiento en terapia ocupacional para mejorar la funcionalidad en el traslado a los residentes de "Doña Margot", Caracas – Venezuela.



| OBJETIVO   | CONCEPTO   | DIMENSIONES  | INDICADORES   | INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN                                  |
|--|--|--|---|--|
| Evaluar funcionalidad en traslado a los residentes de "Doña Margot" a través de un Pre-test. | Conocer el grado de funcionalidad de los residentes. | Física<br><br>Funcionalidad<br><br>Actividad de la vida diaria (A.V.D) | AMA<br>FM<br><br>-Subir y bajar escalera<br>-Traslado sobre superficie inclinad<br>-Traslado sobre superficie irregular<br>-Tolerancia planos bajos<br>-Incorporación de posición supino sedente<br>-Incorporación de posición sedente-bípodo<br>-Tolerancia a la posición bípeda | Goniómetro<br>escala de fuerza muscular<br><br>Observación |

Fuente: López, M. Salero, D. (2002)

| OBJETIVO  | CONCEPTO  | DIMENSIONES | INDICADORES  | INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN   |
|---|---|-------------|--|---|
| Aplicar técnica de biodanza a los residentes de "Doña Margot" para mejorar funcionalidad en traslado. | Aplicación de la técnica de biodanza a los residentes | Física      | - Realiza F y M de cadera<br>- Realiza F y M de rodilla<br>- Realiza F y M de tobillo<br><br>- Incorporación | - Al momento de incorporarse de la posición sedente-bípoda para iniciar la caminata<br>- IDEEM<br>- Al momento de la danza realizan movimiento<br>- IDEM<br>Caminata<br><br>Danza |

|  |  |               |  |  |
|--|--|---------------|--|--|
|  |  | Funcionalidad | de la sedente-bípeda<br>- Tolerancia a la posición bípeda<br>- Incorporación de la posición bípeda-sedente |  |
|--|--|---------------|--|--|

Fuente: López, M. Salero, D. (2002)

| OBJETIVO  | CONCEPTO  | DIMENSIONES                 | INDICADORES  | INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN   |
|---|---|-----------------------------|--|---|
| Evaluar a través de un post-test los efectos de la técnica de biodanza a los residentes de "Doña Margot". | Conocer los resultados obtenidos de la técnica de biodanza. | Física<br><br>Funcionalidad | AMA<br>FM<br><br>- Subir y bajar escaleras<br>- Traslado sobre superficie inclinada<br>- Traslado sobre superficie irregulares<br>- Tolerancia planos bajos<br>- Incorporación de posición supina-sedente<br>- Incorporación sedente-bípeda<br>- Tolerancia a la posición bípeda | Goniómetro<br>Escala de fuerza muscular<br>Observación<br><br>Observación |

Fuente: López, M. Salero, D. (2002)

## ALCANCES

### Alcances

La presente investigación se realizara en el departamento de terapia ocupacional en la residencia "Doña Margot" Caracas-Venezuela, la cual será dirigida a un residente de la misma institución de se aplicara la técnica de Biodanza para mejorar la funcionalidad en traslado.

## CAPITULO II

## **MARCO TEORICO**

### **Antecedentes de la investigación.**

Navas Elymar y Padilla Carmen (1992) realizaron un trabajo de investigación el cual demostró la influencia de la Biodanza en la comunicación interpersonal, según el enfoque humanista. Para dicha investigación realizaron un estudio a cinco (5) participantes de los talleres de Biodanza dictados en Alternative Health Center, ubicado en Chuao- Caracas.

Con esta investigación obtuvieron resultados positivos ya que lograron aumentar la comunicación de las caricias verbales y no verbales; los cuales contribuyeron la unidad básica del proceso de comunicación según el enfoque humanista.

### **BASES TEÓRICAS**

#### **ANCIANO.**

Según Josephine en (1986) define al anciano como "las personas en la última etapa de la vida; Entre la madurez y la edad senil".

Por otra parte alguno de los autores admiten que dicho límite es arbitrario y señalan los 60 ó 65 años como lo más aceptable. Otro mencionan ciertos acontecimientos fisiológicos como la menopausia, cuya aparición es bastante mas precisa que la menarca y excluyen al hombre, que no vive experiencias semejantes.

En cuanto al vocablo "senil", éste proviene del latín senecere que quiere decir envejecer; de modo que senil vendría a ser lo relativo de vejez. Edad senil y senectud, son pues, sinónimos, si bien la edad de su inicio no es absoluta: para unos empieza como ya se mencionó a los 60 años y para otros a los 65 o más.

#### **1. ENVEJECIMIENTO**

El envejecimiento es un hecho universal, individual, constante, irregular, irreversible asincrónico y deletéreo. El envejecimiento es un proceso de cambio biopsicosocial que se presenta mucho antes de que sus manifestaciones den aspecto de senecto o viejo.

El hombre se ubica en un ambiente, intercambiando influencias con él, de tal suerte que el envejecimiento viene a ser "una forma de adaptación para sobrevivir".(Langarica.1987).

#### **2. Proceso Del Envejecimiento.**

El proceso del envejecimiento depende de factores intrínsecos al individuo o endógenos y factores ambientales o exógenos a él. Lo que afecta no es la conducta cotidiana del organismo con su medio, sino sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse a una situación insólita tanto de origen biológico, psicológico o social.

#### **3. Envejecimiento Biológico**

Según Willard Spackman (1998) "Se refiere a la condición de organismo biológico con respecto a su expectativa potencial de vida y está relacionado estrechamente con la salud física" (Birren y Renner,1977). Los cambios físicos que ocurren con el envejecimiento "son una continuación de la declinación que la mayoría de los investigadores concuerdan en que comienza tan pronto como se

alcanza la madurez física aproximadamente a los 18-22 años". Todavía no es posible distinguir que cambios son verdaderamente un resultado de envejecimiento ( los que están determinados por herencia) y cuales son un resultado de enfermedad o de distintos factores ambientales y físicos. No obstante, uno de los cambios observados mas frecuentemente es una menor capacidad para mantener o recuperar la homeostasis, un estado estable interno que normalmente se mantiene frente a las circunstancias ambientales cambiantes.

La capacidad de homeostasis declina gradualmente y promedio de ajuste y adaptación se vuelve menor y mas bajo. En concordancia, el envejecimiento biológico produce mayor vulnerabilidad. Por razones que no se comprenden plenamente, también produce disminución en la eficiencia y la función de algunos órganos.

#### **4. Envejecimiento Psicológico**

Se refiere a la habilidad de una persona para adaptarse a los ambientes cambiantes; se refleja principalmente en las destrezas intelectuales y el bienestar emocional de una persona. Existe gran potencial para el crecimiento y el desarrollo continuo y la mayoría de los ancianos se sienten mejor a medida que envejecen.

Con respecto a las destrezas intelectuales, la relación entre edad e inteligencia es insignificante. Toda relación que ocurre comprende memoria, velocidad de respuesta y funciones perceptivas – integradoras (que refleja posiblemente una reducción de la eficiencia del sistema nervioso central) más que la inteligencia global (Botwinick, 1977). En los aspectos cristalizados del funcionamiento intelectual, las personas mayores continúan mejorando al menos hasta los 55 o 60 años, con poca declinación aparente hasta mediados de la octava década de vida o más allá.

La memoria, en particular la memoria a corto plazo y a la memoria reciente, sufre cierta declinación con la edad, pero las personas que ejercitan sus memorias pueden mantener tanto la memoria remota como la reciente hasta una edad avanzada (Atchley, 1977).

#### **5. Envejecimiento Sociológico**

Se produce cuando los roles y las funciones de una persona cambian en la sociedad. Se refiere a los roles específicos de la edad que asume una persona dentro del contexto de la sociedad en la que vive y se refleja principalmente en cómo se comporta la persona a la luz de las expectativas de su grupo social.

Los roles también prescriben normas y estándares específicos para realizar comportamientos apropiados y esperados. Además todas las sociedades utilizan sistema de grabación de edad para definir y clasificar quien es joven, de edad mediana y viejo. Los roles específicos de la edad y las expectativas se adjudican en función de estas clasificaciones (Covgill y Holmes, 1972). De ahí que se espera que las persona joven, de edad mediana y vieja se comporte y sea tratada de forma diferente de los que no están dentro de sus clases etarias en una sociedad. Esto sirve para crear patrones de comportamiento e interacción social predecibles relacionados con la edad. La expresión que se oye a menudo de representar la propia edad significa precisamente conformarse con los roles específicos de la edad.

Butler define el envejecimiento como "el mecanismo protector que la sociedad utiliza para evitar enfrentarse a las cuestiones difíciles del paso de los años, la enfermedad y la muerte".

Un efecto íntimamente relacionado con las actitudes hacia el envejecimiento son las restricciones de roles que nuestra sociedad impone a una persona anciana. Nuestra sociedad desvaloriza a los ancianos y los considera no productivos y no contribuyente. En consecuencia, los ancianos tienen pocas oportunidades de desempeñar roles y no se les dan prerrogativas de seleccionar nuevo roles, incluso cuando son físicas y mentalmente capaces de cumplirlos. En nuestra sociedad, el rol de edad del anciano ha sido caracterizado muchas veces como rol sin rol, significativo de que se esperan o se proporcionan pocos roles o ninguno a los ancianos que les permitan hacer contribuciones importantes.

Según Langarica (1987) "Los cambios biopsicosociales no son sinónimos de enfermedad". A veces resulta difícil establecer los límites entre cambios estructurales, funcionales y enfermedad. De la misma manera que es difícil diferenciar entre salud y enfermedad. En muchos exámenes de salud se han encontrado alteraciones que no habían sido percibidas por las personas que las padecían. "El sano es un enfermo que ignora su condición", bien porque no sepa de ella o por que se haya adaptado y le permita vivir de forma libre, independiente y satisfactoria. La persona mayor sana mayor, viejo joven o persona senecta sana es aquella que al paso de los años, más de 65 cumplidos, no le afecta para vivir de forma libre, independiente y gratificante. La persona mayor enferma, persona geriátrica, mayor o senecta enferma pierde la libertad para vivir como quiere pues la enfermedad tiende a la cronicidad y a la dependencia.

La salud significa vida y la vida nunca esta terminada; el termino salud significa una escalada constante de mejoras en todos los niveles, una reindivación diaria, una búsqueda de bienestar. Langarica (.....)

Desde la perspectiva ecológica la salud y la enfermedad dependen de numerosas variables. La salud vendría dada por la adaptación satisfactoria del hombre con su medio. El hombre como ser vivo no tiene otra alternativa "envejecer y/o morir", para envejecer necesita asumir los cambios, las modificaciones e incluso los deterioros y buscar estrategias para "vivir" satisfactoriamente. Uno de los parámetros que mide el estado de salud en la ultima etapa evolutiva del hombre es la "funcionalidad". La funcionalidad física es la que más valora la persona mayor y las que quieren mantener mientras viva, de la psíquica, desea aun instante de lucidez mas que de vida y, de la funcionalidad social precisa suficiencia económica y relaciones socio familiares y en su defecto políticas adecuadas de pensiones, actividades culturales y ambientales que le faciliten su adaptación al ambiente y le garanticen un bienestar mínimo "necesidades básicas garantizadas" (alimentación, vivienda, vestido, salud, cultura y ocio).

Whestone y John (1991), encontraron que la carencia de apoyo familiar o conyugal disminuía la motivación del anciano para cuidarse. La calidad de vida, ha sido estudiada desde diferentes disciplinas. Socialmente calidad de vida tiene que ver con una capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física-psíquica y de una relación social satisfactoria.

## **GERONTOLOGIA.**

Isidoro Ruiz Pérez (1997) Es el estudio del proceso de envejecimiento en sus aspectos biológicos ( anatomía, fisiología y bioquímica), psicológicos (personalidad y manifestaciones conductuales) y sociales, como seria la introducción, actuación y desempeño de papeles en la familia, en un grupo o en la población en que se vive.

## **GERIATRIA.**

Rama de la medicina dedicada al anciano, que se ocupa no solo de la prevención, diagnostico y tratamiento. De las enfermedades agudas y crónicas, sino también de su recuperación y de su reinserción en la sociedad.

## **EDADES DE INTERÉS GERIÁTRICO**

1. Edad intermedia: abarca aproximadamente de los 45 a los 60 años y también se denominará presenil, primer envejecimiento o crítica. En efecto, en esta edad aparecen los primeros signos de envejecimiento, que representan muy a menudo una tendencia o predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren sobre todo medidas preventivas. El término edad intermedia esta aceptado inclusive por la organización mundial de la salud.

2. Senectud gradual: es el periodo de 60 años a 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, que requieren diagnóstico y tratamientos oportunos.

3. Senilidad o vejez declarada: esta edad se inicia alrededor de los 70 años e incluye en sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social y sobre todo, de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocadas por las enfermedades y su cronicidad.

4. a los mayores de 90 años suelen llamarse longevos, refiriéndose también a algunas características fisiológicas generales de esta edad.

- 45 a 60 años: edad intermedia, crítica, presenil del primer envejecimiento.
- 60 a 70 años: senectud gradual
- 70 a 90 años: vejez declarada.
- Más de 90 años: longevidad

Fuente: Prieto de Incola 1981

#### **Objetivos de geriatría:**

1. habilitar a los ancianos para llevar vidas plenas y activas.
2. prevenir, detectar en forma precoz y tratar adecuadamente las enfermedades.
3. mitigar el sufrimiento debido a incapacidad física y enfermedad, y así minimizar la dependencia en los últimos años de vida.
4. proporcionar atención médica adecuada y apoyo social en caso de enfermedad terminal.

#### **REHABILITACIÓN GERIÁTRICA.**

Tiene como finalidad la recuperación funcional del anciano en general, del anciano enfermo agudo y del crónico o discapacitado. Los objetivos de la rehabilitación. Son conseguir la máxima recuperación e independencia funcional del anciano, así como su máxima integración en el medio sociofamiliar.

#### **OBJETIVOS DE LA REHABILITACIÓN GERIÁTRICA**

- Valoración de las capacidades residuales del anciano, realizadas por el profesional rehabilitador, que tendrá en cuenta factores como: edad del paciente.
- Conseguir la máxima independencia en las actividades cotidianas y en su propia movilidad.
- Desarrollar actividades de ocio y ocupación del tiempo libre.

#### **LA REHABILITACIÓN ESTÁ DIRIGIDA A:**

- Anciano sano: Debe enfocarse al mantenimiento de las capacidades respetadas por la edad, estimulando la creación de hábitos activos que ocupen el tiempo libre, para lograr que esta etapa de la vida resulte más gratificante.
- Anciano enfermo: Es importante iniciar el proceso rehabilitador lo antes posible. Este deberá llevarse a cabo por especialistas, desde la fase aguda de la enfermedad. (Isidoro Ruiz Pérez 1997)

## **PACIENTE GERIÁTRICO.**

Son los que se benefician de una asistencia geriátrica especializada su proporción se estima entre el 10 y el 25% de las personas mayores que ingresan en un hospital general.

Como identificador del paciente geriátrico se han utilizado diversas variables como la edad, las enfermedades múltiples la incapacidad física y/o mental y los problemas sociales. En nuestra experiencia a resultado muy útil la categorización que se describe en:

El que presenta tres o más de los siguientes puntos:

- Es mayor de 75 años.
- Presenta pluripatología relevante.
- Su proceso de enfermedad principal tiene carácter incapacitante.
- Existe patología mental acompañante o predominante.
- Existe problemática social en relación con su estado de salud.

## **Historia de la Terapia Ocupacional.**

El desarrollo de la terapia ocupacional se entretene en la trama de la historia humana. Pero el tapiz se enriquece en el siglo XX. La ocupación ha tenido un papel central en la existencia humana. Probablemente desde el comienzo de los tiempos. A lo largo de los siglos se han formulado diversas ideas en relación con lo que es el trabajo y como desempeñarlo. Como jugar y cuando debe comenzar y finalizar el juego (Braude 1983; Rodgers 1974) la salud y la ocupación estarán vinculadas porque la pérdida de la salud disminuye la capacidad para comprometerse en la ocupación.

En la sociedad y en el contexto cultural de la Inglaterra del siglo XIX los temas de la salud y de la ocupación fueron tratados en numerosos escritos (Pressey Rollins, 1904; wagner 1904. Por aquella época aparecieron muchas ideas y punto de vista diferentes pero los que influyeron sobre la terapia ocupacional pertenecían a la filosofía del humanismo y a los valores sociales del humanitarismo que desarrollaron el tratamiento moral y el movimiento de las artes y oficios. De este modo, las ideas relacionadas con terapia ocupacional forman parte del patrimonio ingles y fueron transmitidas y alteradas por la experiencia norteamericana (Shi 1985; Lears 1981.

El tratamiento moral se desarrolla como una reacción al enfoque de las enfermedades mentales. Antes se consideraba al enfermo mental como alguien que había perdido completamente la razón y era, por ello, semejante a un animal: se consideraba al enfermo mental pecador o criminal y posiblemente poseído por demonios o espíritus sobrenaturales ( Bynum.1964) como tales, estas personas eran peligrosas y no podían sé responsables en la sociedad y por lo tanto era necesario apartarlas de ellas. En los hospitales para enfermos mentales frecuentemente azotaban a los pacientes; los encadenaban y los ponían en exhibición para satisfacer la curiosidad de los visitantes.

El movimiento de artes y oficios hacía más hincapié en la salud general que en un área de enfermedad específica (Eaton 1949) los profesionales habían observado el deterioro general de la salud en muchas fábricas que estaban ubicadas en las grandes ciudades. El conocimiento de la salud pública era escaso en el siglo XIX. Como reacción a la precaria situación de la salud y las condiciones de vida los participantes de este movimiento propusieron que las personas retomaran a la tierra (agricultura): vivieran en pequeñas villas; realizaran productos útiles y funcionales basados en una buena planificación y sé y se convirtieron en distintos artesanos que pudieron producir bienes y servicios que promovieran su confianza en sí mismo (Maroh 1982).

Uno de los pioneros fue un médico francés, Philippe Pinel, reconocido como el primero que rompió las cadenas que aprisionaban a los enfermos mentales. En 1793 estableció prácticas que condujeron a un sistema más humano para el tratamiento de las personas con trastornos mentales (Pinel 1962. Su reforma fue reconocida y seguida en Europa. Otros lideres influyentes es Samuel

Tuke, fue responsable de popularizar un sistema terapéutico llamado tratamiento moral 1964 creía que la mayoría de los enfermos mentales eran curables. Agregó la idea de estimular a los pacientes a aprender autocontrol. Benjamín Rush, fue el primer médico que utilizó el tratamiento moral en los estados unidos, consideró la locura como una enfermedad del cerebro, creía que el hombre estaba hecho para ser activo, consideraba que el ejercicio, el trabajo y la música formaban parte del tratamiento de la enfermedad mental. Así como ellos se encuentran otras personas que contribuyeron en la formación de la terapia ocupacional en el mundo.

En 1860 comenzó el movimiento del artes y oficios por John Ruskin. Proporcionó dos enfoques uno se conoció como ocupaciones de sala, actividades para inválidos o distracciones y la otra como entrenamiento manual, educación vocacional y entrenamiento ocupacional.

En 1917 el país entró en guerra, declarada por el presidente Wilson en noviembre. La primera guerra mundial se había estado desarrollando en Europa desde 1914. Durante tres años los estados unidos se resistieron a participar en el conflicto. Pero la presión creció durante algún tiempo afectando a los médicos y a las nuevas organizaciones de terapeutas ocupacionales. Joel Goldthwait, estudiaba los métodos utilizados por los aliados de Europa y Canadá para ayudar a los soldados a recuperarse de sus heridas de guerra, consideró la utilización de talleres curativos en los cuales se proporcionaban ocupaciones a los hombres para mantener la salud física y mental o para recuperar el uso particular de una parte de su cuerpo como la muñeca a la mano, otros médicos se presentaron a la secretaria de guerra para servir como apoyo a los soldados discapacitados, pero esto no fue suficiente porque para marzo de 1918 se realizó un llamamiento para mujeres auxiliares de recuperación mediante terapia ocupacional. El propósito era: acelerar la recuperación de los pacientes. Promoviendo el contento y creando una atmósfera hospitalaria más placentera durante el tiempo de convalecía. Ocupando las manos y la mente de los pacientes en objetivos provechosos, los auxiliares trataron a personas con amputaciones, ceguera, lesiones craneanas y neurológicas, osteomielitis, tuberculosis, histeria, ansiedad, etc. El esfuerzo de la guerra resulta positivo para la terapia ocupacional ya que se establecieron varias escuelas, se educó a terapeutas, además se logró el reconocimiento público. Uno de los resultados negativos de la guerra fue la decisión de definir terapia ocupacional colocando la disciplina bajo la autoridad médica, la decisión de origen en una lucha de poder en las agencias federales interesadas en la educación médica y vocacional, esto significa que la terapia ocupacional no podía ser ofrecida por programas de rehabilitación vocacional estatales o federal que se hubieran creado con moneda federal. Otro aspecto negativo fue que las auxiliares de recuperación no podían obtener estatus militar. Su condición de civiles no les proporcionaba el beneficio que percibía el personal militar (Ford 1927. Con la partida de los auxiliares se perdieron las destrezas desarrolladas para el tratamiento de pacientes con discapacidades físicas, la practica de la terapia ocupacional volvió a ocuparse con las personas con problemas mentales y psíquicos. La terapia ocupacional mejoro mucho durante 1920. los hospitales estaban interesados en ampliar los servicios, existía disponibilidad económica.

Durante la segunda guerra mundial en 1941 en las fuerzas armadas de los Estados Unidos había sólo 12 personas trabajando en terapia ocupacional 8 de los cuales eran terapeutas registrados, solamente cinco hospitales de las fuerzas armadas tenían este servicio debido a que en la primera guerra fracasaron en la obtención del estado militar. Uno de los resultados mas importante de la segunda guerra fue el desarrollo del departamento de medicina física la cual fue capaz de establecer los fundamentos que habían perdido bajo la dirección de la ortopedia. Por primera vez muchas de las técnicas fueron escritas y publicadas mediante servicios de impresión gubernamentales. En el año 1944 – 1951 – 1962 en la revista ocupacional Therapy and Rehabilitación. También en 1947 los terapeutas ocupacionales lograron el status militar. La cual proporciona otras oportunidades para la obtención de apoyo financiero del gobierno federal para la educación del personal dedicado a la terapia ocupacional además proporciono un importante entrenamiento a los miembros de la asociación norteamericana de terapia ocupacional. (según Willard Spackman 1988).

## **TERAPIA OCUPACIONAL.**

En 1986 la American Occupational Therapy Association (AOTA) adoptó una definición del diccionario para explicar que es la profesión: "Terapia Ocupacional es el uso terapéutico de las actividades de auto cuidado, trabajo y juegos para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad; puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y para aumentar la calidad de vida". La esencia de la Terapia Ocupacional (T.O) descansa en el uso de las actividades como medio de tratamiento, con una meta mínima de mejorar la calidad de vida y una máxima de completarla rehabilitación o habilitación para una plena incorporación y un desarrollo satisfactorio en la sociedad.

## **TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRIA.**

Pretende mediante una valorización psicofísica del anciano ampliar un tratamiento, integral, con el fin de conseguir recuperar o desarrollar sus aptitudes y capacidades existentes potenciales, hasta lograr la máxima autonomía posible en todas las actividades de la vida diaria (AVD), así como su integración sociofamiliar.

Polonio López (1999). Citado por Pilar Durante (1999) Refiere que valorar consiste en apreciar y determinar la importancia y las cualidades de alguien o algo. En la Terapia Ocupacional, moderna, así como en otras ciencias medicas y paramédicas, el concepto de valoración nace a partir de la necesidad de conocer antes de actuar y de comprobar en la práctica los resultados de nuestra intervención. El proceso de valoración consiste en una observación documentada y organizada que determina la línea terapéutica sobre la cual se forman los objetivos que servirán de fundamento para el programa de tratamiento.

En geriatría, la valoración de terapia ocupacional( VTO) constituye una parte importante del complejo proceso de valoración integral a que se somete al paciente para reconocer su estado físico, psíquico, funcional y social, con objeto de mantener al sujeto en los niveles óptimos de salud en todos sus aspectos, intentando mejorar, o al menos mantener, su calidad de vida.

La valoración geriátrica, que se a definido como la tecnología de la geriatría, es llevada a cabo por un equipo interdisciplinario dentro del cual el terapeuta ocupacional actúa como miembro importante.

## **OBJETIVO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRIA.**

### **Objetivos Generales:**

- En el anciano sano con sus limitaciones y pérdidas, progresivas y acumulativa, propia de la senectud, debe ser preventiva manteniendo un nivel de actividades y comunicación optimas.
- En el anciano enfermo con restricciones funcionales a causa del proceso patológico, se debe crear un ambiente que facilite la mejoría física y psíquica, evitando el aislamiento y estimulando la realización de las actividades cotidianas.

### **Objetivos Específicos:**

- Rehabilitación funcional.
- Mejorar la coordinación y destrezas.
- Lograr la independencia en las AVD.
- Proporcionar las ayudas técnicas y adaptaciones necesarias adiestrando al anciano en su uso.

- Aumentar la autoestima.
- Fomentar gusto y aficiones.
- Facilitar las relaciones interpersonales y la comunicación con el mundo circundante.
- Estimular la actividad mental.

### **CALIDAD DE VIDA.**

Los investigadores con orientación clínica suelen definir calidad de vida en términos de salud y/o de discapacidad funcional. Por ejemplo Kaplan, define calidad de vida como el impacto de la enfermedad y la incapacidad sobre el funcionamiento diario. Ferruci diferencia la incapacidad funcional de la enfermedad. Dice que para la enfermedad deben emplearse estrategias terapéuticas y para la incapacidad terapias de rehabilitación y de apoyo social. Ribera, 1992 nos aporta no hay duda que la variable salud es la de mayor peso en la percepción de bienestar de los ancianos y, de los déficit de salud constituye el primer problema para ellos.

Segun Andrews y Witney, "la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino como dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo".

Segun Kaplan, es el impacto de la enfermedad y la incapacidad sobre el funcionamiento diario.

Segun George y Bearon, satisfacción por la vida es autoestima, nivel general de salud y capacidad funcional.

Segun Bulpitt y Fletcher, sería la libertad, felicidad, seguridad económica deseos de realizarse, actividad y bienestar.

Segun Pearlman y Uhlmann, funcionamiento físico, social, emocional, satisfacción vital y bienestar.

Entendemos como calidad de vida la satisfacción de vivir con libertad y bienestar, es decir con un funcionamiento físico, social, económico, emocional, que nos permita lograr todos nuestros deseos o nos resigne encontrandonos satisfechos, en paz, queridos, consolados.

El apoyo social es importante para mantener una calidad de vida en la vejez es tener salud y la salud es independencia, funcionalidad y demás redes de apoyo familiar y social.

Podríamos resaltar que la calidad de vida en la vejez esta muy relacionada con el grado de funcionalidad, es decir, que independencia física, psíquica y social de la persona. Cuando dependemos de otra persona, aunque sea sumamente querida, nos sentimos en desventaja, regalados.

### **ORIGEN DE LA BIODANZA**

La biodanza fue fundada por Toro en 1964 como técnicas psicoterapéuticas, bajo el nombre de psicodanza su fundamento es de tipo antropológico, ya que se baso en las danzas primitivas (movimiento pleno de sentido).

Segun Toro (1983) la danza:

"es un movimiento profundo que surge de lo mas entrañable del hombre..... Es movimiento de vida, es ritmo biológico, ritmo de corazón, de la respiración, impulso de vinculación a la especie, es movimiento de intimidad"...

un año después, el fundador realizó con enfermos mentales (depresivos catatónicos) los primeros ensayos de esta disciplina y encontró que aquellos reaccionaban de diferentes maneras según fuera la música. Observo que en pacientes con regresiones patológicas, las músicas rítmicas (meringue, cumbias, sambas) disminuían en ellas las alucinaciones y delirios, mientras que las músicas tranquilizantes los inducían más a la regresión. Estos hechos llevan al autor a plantearse que:

“las músicas rítmicas estimulaban el sistema simpático, adrenérgico y el cortésicomotor; y las otras músicas lentas junto con sus ejercicios, estimulaban el parasimpático, el polinérgico y posiblemente las endorfinas” (Toro, 1991)

Desde 1965 hasta 1969, a través de la práctica de esta disciplina, Toro (1991) se percató, que en las situaciones de encuentro los participantes (por consenso) solían referir deseos de salud, de compañía y amor. Tales deseos fueron vistos por el autor como necesidades vitales del ser humano y las considero “sentimientos de intimidad, de transcendencia, de vinculación gozosa y de estimulante dicha”. Por este motivo, en 1970, cambia el término Psicodanza por el Biodanza, cuyo significado es “Movimiento integrado y Danza de vida”.

## **BIODANZA**

Es un sistema de integración y desarrollo de los potenciales humanos mediante la danza, la música y situaciones de encuentro en grupo. “Integración” significa coherencia y unidad en las diferentes funciones orgánicas y psíquicas. El hombre actual está disociado a nivel motor, emocional y orgánico. Siente una cosa, piensa otra y actúa de otra forma diferente.

La biodanza estimula, a través de la música y situaciones de encuentro en grupo, tanto la integración como el desarrollo de los potenciales innatos. Una definición más global pudiera ser: biodanza es una poética del encuentro humano que permite la expresión de la identidad y el placer de vivir.

Los ejercicios de biodanza están organizados a partir de un modelo teórico basado en las ciencias de la vida: Biología, Antropología, Psicología y Sociología.

Si nuestra cultura optó por los valores que conducen a la destructividad y a la muerte, Biodanza propone una cultura para la vida, una nueva visión del mundo y la existencia. Siendo así, podemos decir que la biodanza no es apenas una forma saludable de liberación y salud. Su acción constituye una forma de ecología humana basada en una percepción de vida como experiencia suprema.

Según el otro creador de la biodanza, todas las personas sufren de una patología social producto de la civilización, ya que tienen un “mandato de vida” referente a las siguientes frases “no te muevas”, “no te expreses”, “no toques”, y no te dejes tocar, “no cantes”, etc. Los individuos están “disociados” por no expresar todo el contenido creador que existe como potencial humano, el cual permitirá sentir en los corazones la fuerza de vida y el éxtasis de vivir.

### **CONCEPTOS ESTRUCTURALES DE BIODANZA**

#### **Integración del cuerpo en proceso de cambio**

Todo proceso de cambio debe involucrar el cuerpo en sus diversos niveles:

neurológico, endocrino, inmunológico y emocional. La creencia tradicional de que basta hacer consciente los conflictos inconscientes para curar los trastornos psicológicos ha sido abandonada hoy día, pues los hechos han mostrado que se trataba de una hipótesis falsa. El ser humano es una totalidad y toda terapia que excluye la corporeidad es disociativa.

## **EL GRUPO**

El grupo es esencial en el proceso de cambios porque induce nuevas formas de comunicación y vínculo afectivo. El grupo es una matriz de renacimiento en la cual cada participante encuentra continente afectivo y permiso para el cambio.

### **Prioridad de la vivencia**

La emoción y la vivencia constituye el principio regulador de las funciones neurovegetativas, activándolas o moderando su actividad, las emociones regulan y son reguladas por el sistema límbico – hipotalámico, actualmente llamado sistema integrador adaptativo límbico – hipotalámico (SIALH).

La integración de los sistemas es sinónimo de cura y salud. El cerebro, el cuerpo, la mente, son una cosa única, es impensable verlos separadamente. La mente está en cada célula del cuerpo. Las vivencias de placer, entusiasmo, amor, tienen que ver con la totalidad del organismo.

## **MÚSICA**

La música es el instrumento de mediación entre la emoción y el movimiento corporal. La música es el lenguaje universal accesible a los niños y a los adultos de cualquier época y región. Su influencia va directamente a la emoción, sin pasar por los filtros analíticos del pensamiento. La identidad es permeable a la música y por eso se puede expresar a través de ella. La música estimula la danza expresiva, la comunicación afectiva y la vivencia de sí mismo.

## **LA CARICIA Y EL EROTISMO**

La caricia es uno de los instrumentos fundamentales de la biodanza, las terapias de la medicina, en general, poseen habilmente una alta tecnología y una semántica sofisticada, más una total falta de afecto. La caricia induce cambios a nivel orgánico y existencial. La caricia despierta la fuente del deseo y expresa la identidad. Las motivaciones existenciales se enriquecen por la fuerza del eros, del amor. El desarrollo del erotismo es esencial en el proceso de cambio.

## **CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA**

El objetivo final de la biodanza es producir modificaciones estables en el estilo de vida y elevar la calidad de vida. El concepto de "Renacimiento" en biodanza implica una renovación existencial.

## **EFFECTOS FISIOLÓGICOS DE LA MÚSICA**

Los terapeutas musicales utilizan el sonido para ayudar con una amplia variedad de problemas médicos, que van desde la enfermedad de Alzheimer hasta el dolor de muelas. Los doctores en medicina conocen acerca del poder del sonido. Los investigadores han producido evidencia de la habilidad de la música para disminuir el dolor, mejorar la memoria y reducir el estrés.

## **LA BIODANZA EN GERIATRÍA**

La Biodanza tiene como objetivo revalorizar al anciano y restituirlo a la sociedad como ser humano digno, saludable y con sus potenciales en acción.

La utilización del sistema de Biodanza en la rehabilitación integral de personas ancianas, ha tenido extraordinario éxito.

El proceso de envejecimiento, como ya hemos dicho. Es una expresión de la totalidad del organismo y es diferente en cada individuo; puede comenzar en cualquier órgano o sistema y desde allí afectar la totalidad. El proceso de envejecimiento como totalidad es, en todo caso, regulado desde el hipotálamo o el hígado, que es el sistema colector de las emociones. En este sentido, el envejecimiento está fuertemente determinado por los patrones de respuesta emocional.

1. Neurológico
2. Motor
3. Circulatorio
4. Respiratorio
5. Digestivo
6. Genital
7. inmunológico

El trastorno de uno de estos sistemas afecta a los demás con distintos grados de compromiso. La fuerte tendencia al sedentarismo, que va atrofiando el sistema motor, afecta al sistema circulatorio y nervioso. El envejecimiento de los tejidos pulmonares producidos por el tabaquismo, afecta el sistema circulatorio y nervioso. El alcoholismo, al destruir la función hepática por la cirrosis, altera todo el proceso metabólico, además del sistema nervioso.

El envejecimiento, por lo tanto es una expresión del estilo de vida, de la actitud frente al mundo y frente a los demás, es decir, es la expresión final de los patrones de respuesta afectiva.

La caída de los niveles de energía en el viejo, puede venir de orígenes muy diferentes: metabólico, circulatorio, respiratorio, etc. La crisis de fatiga y cansancio se produce, generalmente en el paso neurovegetativo que va desde las funciones trofotrópicas a las ergo trópicas, pero se regula de nuevo cuando se estabiliza en cualquiera de estos estados. La depresión puede tener causas no solo psicológicas sino principalmente circulatorias y neurovegetativas.

Diversas teorías se proponen explicar el proceso de envejecimiento. Sin embargo, los cambios iniciales de este proceso son desconocidos y probablemente, diferentes en cada individuo. Seras y Feldman proponen que el envejecimiento de cualquier célula en el cuerpo es debido al envejecimiento del resto del cuerpo. La edad, sin embargo, no afecta a todos los órganos y sistemas con la misma intensidad.

Cada individuo envejece de un modo diferente y en este proceso intervienen factores hereditarios, sexo, estilo de vida, relaciones afectivas. El proceso de envejecimiento como un todo es una especie de reacción en cadena, en el cual un cambio adverso provoca otro. Esta concepción es muy coherente con la imagen unitaria del hombre y de los procesos vivos.

La rehabilitación del viejo deberá ser pensada también como un proceso unitario que abarque niveles orgánicos, motores, afectivos, intelectuales y sociales. Las diversas teorías sobre envejecimiento abordan aspectos parciales, que no pueden ser descalificados, pero que deben comprenderse dentro el marco de los mecanismos reguladores de la unidad intra orgánica.

Nuestra experiencia con distintos grupos de viejos, demuestra que el proceso de envejecimiento es parcialmente reversible. No sólo el deterioro se detiene, sino que gran numero de funciones pueden ser rehabilitadas a nivel motor, en el nivel psicosomático y en los patrones de respuesta emocional e intelectual. Los factores más importantes en el proceso de rehabilitación son de carácter afectivo. Esta afirmación no puede parecer extraña si pensamos que la génesis de la inteligencia, de acuerdo con piaget, se funda en primordiales estructuradas afectivas y en el proceso de formación de identidad. El anciano, justamente, experimenta una pérdida violenta de

sus relaciones afectivas dentro de una sociedad que lo rechaza y una desvalorización y pérdida de su identidad como ser humano. Estos dos procesos lo arrojan en la inanidad, en la desorientación y en la falta de motivación para vivir. Sus funciones intelectuales, concomitante, se va paralizando.

El concepto de deterioro intelectual del viejo como un hecho fatal, debe ser cuestionado. Podríamos decir que el proceso de envejecimiento en un individuo. Es el resultado complejo de su estructura biográfica y hereditaria.

Lapierre, uno de los más grandes especialistas mundiales en rehabilitación, llama la atención sobre la importancia de encontrar el núcleo afectivo en el proceso de integración de las funciones motoras. Este concepto cambia totalmente la estrategia en rehabilitación, que hasta ahora se centraba sobre funciones aisladas.

Biodanza resulta, de acuerdo con estas consideraciones, el sistema de rehabilitación de elección en Geriátrica. Proponemos un esquema simple de rehabilitación integral:

### ABORDAJE INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

| OBJETIVOS                      | TAREAS   | RECURSOS  |
|--------------------------------|--|---|
| Rehabilitación de la identidad | Elevación del auto estima y confianza en sí mismo  | Biodanza: proceso de recuperación de la identidad y del auto imagen corporal (complementar con cuidado en el ase personal)                      |
| Rehabilitación física          | Elevación del nivel de salud   | Rehabilitación mediante Biodanza: Motricidad, Equilibrio, Neurovegetativo, Armonía física.  |
| Ctividad                       | Movilización armónica. Restauración de la marcha. Recuperación del sentimiento de ser útil | Biodanza: rehabilitación motora<br>Ejercicios de marcha y coordinación. Actividades creativas.  |
| Equilibrio emocional           | Eliminación de la angustia / depresión, miedo a la muerte, estado de tristeza, etc.        | Biodanza: elevación de la calidad afectiva de las relaciones humanas. Mejora la comunicación, ejercicios de efecto ansiolítico y antidepresivo. |

Fuentes: Toro, R. (1990)

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÒGICO**

Es la etapa en la cual se debe planificar cuidadosamente la estrategia para redactar los datos primarios y las observaciones que se encuentran en la realidad que se propone indagar. La metodología se refiere a la operatividad del proceso, en cuanto al empleo de técnicas, herramientas y procedimientos que intervienen en el mismo.

### **TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El método que se va a seguir en la investigación determinará la necesidad de definir el tipo de estudio que hace referencia a la profundidad con la que se espera abordar el tema en cuestión.

Fidios (1997): "El tipo de investigación exploratoria es aquel que se efectúa sobre un tema u objeto poco conocido o estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto".

El estudio en alusión se ubica en una investigación de campo de carácter exploratorio ya que, la terapia ocupacional tiene poco conocimiento en cuanto al programa a realizar; por lo que los autores realizan en su trabajo de investigación un programa basado en la biodanza en terapia ocupacional, para mejorar la funcionalidad en el traslado. El método a emplear en esta investigación será a través de un instrumento de evaluación hecho por los investigadores, el cual aporta los datos de interés, realizándose en forma directa mediante la evaluación y observación.

Según la universidad pedagógica experimental Libertador (1998) "se entiende por trabajo de campo, el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar su causa y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos en el desarrollo"...(p.6)

El diseño de la investigación se refiere al plan o estrategia seleccionada para responder a las preguntas de la investigación, señala lo que le investigador debe hacer para alcanzar los objetivos, analizar las hipótesis formuladas. Si un diseño está bien concebido, los resultados de la investigación tendrán mayores posibilidades de ser válidos, las investigaciones de campo pueden ser entre otros *ex post-facto*.

Morin (2001) "La investigación utilizará un diseño cuasi-experimental, en este diseño no es posible hacer un muestreo al azar y el tamaño del grupo no es necesariamente representativo de la población, el grupo control no lo es en

el sentido estricto”.....(p.72)

El estudio de los casos se harán de forma cuasi-experimental con un diseño preprueba – postprueba, donde utilizaremos a los residentes con los cuales se le aplicara la técnica de biodanza como medio de tratamiento en terapia ocupacional; luego se procederá a la reevaluación donde se comprobara la efectividad de dicha técnica.

## **POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población y muestra son las unidades de investigación que integran la totalidad del fenómeno a investigar. Pueden ser personas, animales, maquinas, hogares, instituciones, empresas, tiendas y otras.

Morin (2001) “Población: es el conjunto finito o infinito de personas, casos o elementos, que presentan características comunes o afines, también se le define como cualquier conjunto de individuos o de objetos que poseen algunas características, común susceptibles de observación y sobre lo cual se generalizan las conclusiones de la investigación” (p.87)

La población objeto de nuestro estudio estará conformada por los residentes, 1 terapeuta, 2 enfermeras, 4 pasantes de terapia ocupacional y la facilitadora de biodanza en la residencia Doña Margot.

Muestra

Es una parte del universo o población, que debería ser representativa de ese universo o población.

Sampieri, R (2002) “ la muestra es, en esencia, un subgrupo de La población digamos que es un subconjunto de elementos que Pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que Llamamos población”.....(p.207)

La muestra de la población estará constituida por los residentes. Los mismos reunirán características como: déficit funcional, perdidas de energía, fatiga, agotamiento, cansancio, debilidad muscular.

## **INSTRUMENTO**

La recolección de la información concerniente a los fines de la investigación se realizara a través de la aplicación de un instrumento de evaluación en terapia ocupacional diseñado por los investigadores. El mismo se aplicara al inicio y al final del programa.

## **DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS**

El instrumento de evaluación de la terapia ocupacional creado por los investigadores esta conformado en tres (3) parte: la primera se refiere a los datos personales de residente, la segunda pre – test de evaluación de terapia ocupacional. La tercera el post – test para saber si con la aplicación de la técnica de biodanza se obtuvieron los resultados positivos.

#### **TÉCNICAS DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS**

Para poder validar los instrumentos, estos serán sometidos a juicio de expertos en el área de la investigación.

## **SESSION DE BIODANZA E RESIDÊNCIADE ANCIANOS PRIVADA**

PROTAL 1

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN CULTURA Y DEPORTE

**COLEGIO UNIVERSITARIO DE LOS TEQUES**

“CECILIO ACOSTA”

DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

**LOS TEQUES – EDO MIRANDA**

PROPUESTA DE LA TECNICA DE BIODANZA COMO MEDIO DE TRATAMIENTO EN TERAPIA OCUPACIONAL A LOS RESIDENTE DE “RESIDENCIA DOÑA MARGOT” PARA MEJORAR FUNCIONALIDAD EN EL TRASLADO, CARACAS-VENEZUELA.

Tutor Académico: T.O. Marcos Ávila

Autoras: LOPEZ A. MERVIN A.

Asesor Metodológico: JAIRO SIMONOVIS

SALERO M. DAINALY

*Los Teques, 2002*

REPÚBLICA BOLIVARINA DE VENEZUELA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTES

COLEGIO UNIVERSITARIO DE LOS TEQUES

“CECILIO ACOSTA”

DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

LOS TEQUES, ESTADO MIRANDA

**PROPUESTA DE LA TECNICA DE BIODANZA COMO MEDIO DE TRATAMIENTO EN TERAPIA OCUPACIONAL A LOS RESIDENTE DE “RESIDENCIA DOÑA MARGOT” PARA MEJORAR FUNCIONALIDAD EN EL TRASLADO, CARACAS- VENEZUELA**

Autor: LOPEZ A. MERVIN A

SALERO M. DAINALY

*Los Teques, 2002*

**REPÚBLICA BOLIVARINA DE VENEZUELA  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTES  
COLEGIO UNIVERSITARIO DE LOS TEQUES  
“CECILIO ACOSTA”**

**ACTA DEL VEREDICTO DE EVALUACIÓN**

Los Miembros del Jurado Examinador del Trabajo Especial de Grado Titulado presentado por las Bachilleres: Mervin López y Dainaly Salero, Cédulas de Identidad No. 14.214.347 y 14.300.396 respectivamente, nos hemos reunidos para revisar dicho trabajo y después de la presentación oral e interrogatorio correspondiente lo hemos calificado conjuntamente con el Profesor de Metodología, con \_\_\_\_\_ pts. De acuerdo a las normas vigentes del M.E.C.D. para evaluación de trabajos de grado, para optar al Título de Técnico Superior Universitario en Rehabilitación Mención Terapia Ocupacional..

En fé de lo cual firmamos en Los Teques, a los \_\_\_\_\_ días del Mes de \_\_\_\_\_ durante el año \_\_\_\_\_

Considerándolo \_\_\_\_\_ (\*)

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_

Plan de trabajo de las sesiones de Biodanza efectuadas durante los  
meses de Julio y Agosto de 2.002 en las Residencias  
Doña Margot”

## SESIÓN 1

Jueves 4 de Julio

1. Conversación inicial: Presentación de la facilitadora. Comentarios sobre sus valores como adultos mayores y su vulnerabilidad.
2. Ronda inicial: sentados y tomados de las manos.
3. Caminar a dos y solos.
4. Caminar con vitalidad.
5. Danza a dos de sincronización rítmica con abrazos de despedida.
6. Juego de “Pásalo” de besos en ronda de despedida.

## SESIÓN 2

Viernes 12 de Julio

1. Conversación inicial:

- Restricciones impuestas por la sociedad, la familia y su organismo.
- Equilibrio con la naturaleza y disfrutando con todas las cosas.

Contestación:

- No aceptar pasivamente lo que les imponen.
  - Hacer lo que les gusta.
  - Disfrutar sin entregarse a la depresión.
  - Descubrir nuevos valores sociales y políticos.
2. Danza de contacto interno.
  3. Ronda inicial de pie.
  4. Caminar fisiológico.
  5. Encuentros fugaces.
  6. Segmentario de cuello.
  7. Segmentario de espaldas.
  8. Segmentario de brazos.
  9. Segmentario de pelvis.
  10. Danza de integración de los tres centros.
  11. Acariciamiento de cabellos, a dos.
  12. Ronda de activación media.
  13. Ronda de despedida.

### SESIÓN 3

Jueves 18 de Julio

1. Conversación inicial:
  - Cómo se pueden posesionar del mundo los

ancianos.

- Saber envejecer aceptando su edad con salud física y equilibrio interno, con salud mental y equilibrio con los otros. Equilibrio con la naturaleza y disfrutando con todas las cosas.
  - ¿Cómo han dormido y comido? ¿han soñado? ¿hay nuevos pensamientos? Hay nuevos deseos?
2. Ronda inicial con integración afectivo-motora (mecimiento).
  3. Ronda de fluidez en grupo con contacto afectivo (cercanía).
  4. Fluidez I.
  5. Acariciamiento de manos al centro en grupos de 4 ó 5 personas.
  6. Danza expresiva.
  7. Intercambio de abrazos.
  8. Ronda de cierre: juego de "Pásalo" con intercambio de besos y abrazos.

## SESIÓN 4

Jueves 25 de Julio

1. Conversación inicial:
  - Desenmascarando la vejez: la pseudo vejez impide el ejercicio sincero de las cinco líneas de vivencia: Vitalidad, Sexualidad, Creatividad, Afectividad y Trascendencia.
  - Atender la depresión.
2. Ronda inicial en movimiento.
3. Caminar fisiológico y rítmico solos.
4. Juego "Solito".
5. Sincronización rítmica a dos.
6. Trencito de masajes.
7. Ronda con expresión libre de cada uno al centro.
8. Abrazos plenos.
9. Ronda de despedida.

## SESIÓN 5

Jueves 1 de Agosto

1. Conversación inicial:
  - El desarrollo de las cinco líneas de vivencia: Vitalidad: vínculo con la vida; Sexualidad: contacto, deseo; Creatividad: probar lo diferente; Afectividad: expresión del afecto.
  - Preparación del próximo encuentro que será un breve cierre de los encuentros.
2. Ronda inicial.
3. Caminar a dos dándose apoyo mutuo.

4. Danza de entregar una flor.
5. Acariciamiento de espaldas.
6. Ronda oceánica (nido afectivo).
7. Encuentros y abrazos.
8. Ronda de activación media.
9. Ronda de despedida con besos.
10. Danza a dos al centro.

## SESIÓN 6

Jueves 5 de Agosto

1. Conversación inicial:
  - ¿Qué ha significado la Biodanza en sus vidas?
  - ¿Les gustaría continuar haciendo Biodanza?
  - ¿ Han sentido algún cambio en lo emocional? ¿en lo físico? ¿ en lo psicológico?
2. Ronda inicial.
3. Abanico chino (máscara de manos).
4. Caminar con majestad.
5. Encuentros afectivos solidarios.
6. Abrazos con frase amorosa.
7. Ronda de activación media.
8. Ronda de cierre con cintas chinas.

### PRE – TEST

#### DATOS PERSONALES

Fecha de evaluación

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**DX:** \_\_\_\_\_

**NIVEL FUNCIONAL ANTERIOR:** \_\_\_\_\_

## EVALUACIÓN FÍSICA

### EVALUAR A.M.A

| MS. SS       | GRADOS |      | ARTICULACION | GRADOS |      |
|--------------|--------|------|--------------|--------|------|
|              | DER.   | IZQ. |              | DER.   | IZQ. |
| ARTICULACION |        |      | ARTICULACION |        |      |
| HOMBRO F/E   |        |      | CADERA F/E   |        |      |
| CODO F/E     |        |      | RODILLA F/E  |        |      |
| MUÑECA F/E   |        |      | TOBILLO F/E  |        |      |

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

### EVALUACIÓN DE LAS A.V.D

|   | <i>SI</i> | <i>NO</i> |
|---|-----------|-----------|
| -REALIZA CON SILLA DE RUEDA             |           |           |
| -REALIZA CON ANDADERA                   |           |           |
| -REALIZA CON BASTON                     |           |           |
| -REALIZA CON ASISTENCIA DE 2DA. PERSONA |           |           |
| -REALIZA INDEPENDIENTE CON SUPERVISION  |           |           |
| -REALIZA IEPENDIENTEMENTE               |           |           |

### FUNCIONALIDAD

|   | <i>BUENA</i> | <i>DEFIC.</i> | <i>REGUL</i> | <i>MALO</i> |
|---|--------------|---------------|--------------|-------------|
| -SUBIR Y BAJAR ESCALERA                 |              |               |              |             |
| -TRASLADO SOBRE SUPERFICIE INCLINADA    |              |               |              |             |
| -TRASLADO SOBRE SUPERFICIES IRREGULARES |              |               |              |             |
| -TOLERANCIA A PLANOS BAJOS              |              |               |              |             |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| -INCORPORACION DE LA POSICIÓN DE SUBPINO SEDENTE |  |  |  |  |
| -INCORPORACION DE LA POSICIÓN SEDENTE BÍPEDA     |  |  |  |  |
| - TOLERANCIA A LA POSICIÓN BIPEDA                |  |  |  |  |

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**POST – TEST**

**DATOS PERSONALES**

Fecha de evaluación

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

DX: \_\_\_\_\_

NIVEL FUNCIONAL ANTERIOR: \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN FISICA**

**EVALUAR A.M.A**

| MS. SS       | GRADOS |      | ARTICULACION | GRADOS |      |
|--------------|--------|------|--------------|--------|------|
|              | DER.   | IZQ. |              | DER.   | IZQ. |
| ARTICULACION |        |      | ARTICULACION |        |      |
| HOMBRO F/E   |        |      | CADERA F/E   |        |      |
| CODO F/E     |        |      | RODILLA F/E  |        |      |
| MUÑECA F/E   |        |      | TOBILLO F/E  |        |      |

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

***EVALUACIÓN DE LAS A.V.D***

|                             | <i>SI</i> | <i>NO</i> |
|-----------------------------|-----------|-----------|
| -REALIZA CON SILLA DE RUEDA |           |           |
| -REALIZA CON ANDADERA       |           |           |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>-REALIZA CON BASTON</b>                     |  |  |
| <b>-REALIZA CON ASISTENCIA DE 2DA. PERSONA</b> |  |  |
| <b>-REALIZA INDEPENDIENTE CON SUPERVISION</b>  |  |  |
| <b>-REALIZA IEPENDIENTEMENTE</b>               |  |  |

**FUNCIONALIDAD**

|   | <b>BUENA</b> | <b>DEFIC.</b> | <b>REGUL</b> | <b>MALO</b> |
|---|--------------|---------------|--------------|-------------|
| <b>-SUBIR Y BAJAR ESCALERA</b>                          |              |               |              |             |
| <b>-TRASLADO SOBRE SUPERFICIE INCLINADA</b>             |              |               |              |             |
| <b>-TRASLADO SOBRE SUPERFICIES IRREGULARES</b>          |              |               |              |             |
| <b>-TOLERANCIA A PLANOS BAJOS</b>                       |              |               |              |             |
| <b>-INCORPORACION DE LA POSICIÓN DE SUBPINO SEDENTE</b> |              |               |              |             |
| <b>-INCORPORACION DE LA POSICIÓN SEDENTE BÍPEDA</b>     |              |               |              |             |
| <b>- TOLERANCIA A LA POSICIÓN BIPEDA</b>                |              |               |              |             |

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

INFORME SOBRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON DOS DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE ASPECTOS FÍSICOS, EMOCIONALES Y RELACIONALES APLICADOS A LOS RESIDENTES DE LA RESIDENCIA "DOÑA MARGOT" ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN CON LA TÉCNICA DE LA BIODANZA.

El primer instrumento por analizar son las observaciones realizadas por las tesisistas en cinco de los seis encuentros realizados con los adultos mayores.

A partir del instrumento cuyo encabezamiento es BIODANZA (¿cómo te vinculas con los otros?), el cual tiene 12 ítems, se procedió a realizar un análisis de las respuestas.

En el reverso de cada una de las hojas correspondientes a los 9 participantes, aparece una respuesta para cada uno de los ítems, en cada una de las sesiones, a excepción de la cuarta sesión, de la cual no se realizaron observaciones,.

En los casos de Juan José Miñonis y Roseliana Rojas no se encuentra información pertinente en las sesiones quinta y sexta. A Lidia Poliwka le falta información de la segunda sesión y a Haydee Mendiri le falta sistemáticamente información de 4 de los ítems.

El instrumento al cual hacemos referencia está planteado como un cuestionario de auto evaluación, por lo cual tres (3) de los ítems no son susceptibles de interpretarlos en forma externa: a saber: “tengo la impresión de que las personas no me escuchan”, “mi amistad con las personas es duradera y profunda” y “considero que nadie me entiende”.

Los otros nueve ítems fueron replanteados, a posteriori, en la forma en que se presume fueron interpretados para ser usados:

“Miro a los otros de forma natural a los ojos” se planteó como “Mira a los otros de forma natural a los ojos”.

“Escucho a las personas con atención” se planteó como “Escucha a las personas con atención”.

“Me considero una persona solitaria” se planteó como “Comportamiento solitario”.

Mis encuentros son superficiales” se planteó como “Modo de encuentro superficial”

Mis encuentros son intensos, por eso son breves” se planteó como “Sus encuentros parecen intensos”.

“Encuentro mucha dificultad para expresar lo que siento” se planteó como “Expresa con dificultad sentimientos”.

“Hago amistad, predominantemente con personas de mi mismo sexo” se planteó como “Amistad predominantemente con personas de su mismo sexo” .

“Me siento inhibido cuando tengo que hablar en público” se planteó como “Inhibido para hablar en público”.

“Tengo tendencia a postergarme para satisfacer las necesidades de los otros” se planteó como “Tendencia a postergarse para satisfacer las necesidades de los otros”.

Con las nueve observaciones se realizó una matriz por persona, con todos sus encuentros, indicando la observación realizada cada día, con una letra pertinente: s:siempre; f: frecuentemente; r: raramente y n: nunca, a excepción del ítem: “Amistad predominantemente con personas de su mismo sexo” con respuesta dicotómica de sí ó no.

Se presenta un segundo gráfico para cada uno de los participantes con una valoración numérica equivalente a la letra asignada: siempre = 4; frecuentemente = 3; raramente = 2 y nunca = 1. Esto con el fin de poder realizar más fácilmente un gráfico que ilustre los virtuales cambios a lo largo de las sesiones.

Una tercera hoja por cada participante, muestra 9 gráficos , uno para cada observación.

Esta presentación tiene algunas particularidades para el análisis. Unos gráficos son azul celeste y corresponde a aquellas con una valoración positiva máxima que no cambia en ninguna sesión (otros gráficos de color azul celeste menos claro corresponde a puntajes positivos que no son los máximos). Los gráficos grises, indican puntajes, no cambiantes, con una valoración diferente a la deseada de acuerdo a lo esperable por la intervención con la Biodanza. Los gráficos blancos corresponden a la pregunta con puntaje dicotómico no susceptible a valoración en este caso. A fin de cuentas, nos interesaría de manera particular los gráficos de fondo naranja, pues son ellos los que nos indican algún efecto de la intervención. De 74 gráficos que tenemos, sólo 12 de ellos indican algún cambio y tres de ellos tienen que ver con el ítem “tendencia a postergarse para satisfacer las necesidades de los otros” que preferimos obviar también por ser difícil su valoración. Si eliminamos de los 74 los 9 correspondientes al ítem dicotómico serían 9 de 65 (13,8%).

Si consideramos además que el paso de una valoración de algunas de las escalas a la siguiente es poco significativa, por ejemplo, de nunca a raramente, de frecuentemente a siempre y viceversa.

Los resultados más significativos serían aquellos que tengan un rango de cambio mayor o los del paso en la escala intermedia ( de raramente a frecuentemente).

En este sentido, los cambios registrados que resultan relevantes son los de Haydee Mendiri, en el gráfico correspondiente a “mira a los otros de forma natural a los ojos”, y “escucha a las personas con atención”; en Roseliana Rojas en el gráfico correspondiente a “modo de encuentro superficial” y en Jesús Pinto, en los gráficos correspondientes a “comportamiento solitario” y “modo de encuentro superficial”.

En resumen, considero que si bien estas observaciones apuntan a reforzar las hipótesis de cambio emocional, son estadísticamente poco significativas, por lo cual sea tal vez mejor obviarlas. La proporción alta de gráficos en azul (tendencia a una valoración superior inamovible a lo largo de las sesiones parece sugerir una efectividad del sistema para procurar estas conductas o una observación subjetiva sin parámetros adecuados. De cualquier manera el soporte de las filmaciones realizadas es una base de valor para revisar estos resultados.

Para el análisis de la ficha de control, instrumento previsto realizar mediciones pre y post test, partimos de una seria omisión: el post test fue realizado extemporáneamente.

Procedimos a darle valor numérico a los resultados indicados en las preguntas del cuestionario: S: siempre: 1; F: frecuentemente: 2; R: raramente: 3; N: nunca: 4

Se presentan los datos brutos numéricos de cada participante, tanto en el pre test como en el post test.

Luego se presentan los mismos datos indicando en rojo aquellos que cambian y en rojo con negrita los que cambian en puntajes de más de un grado.

Los aspectos reseñados en este cuestionario son básicamente síntomas, los cuales se esperan mejoren con la intervención.

Para una visión somera global de los resultados bastaría con observar los datos en negrita cuyos cambios de puntaje resulten crecientes (por ejemplo: de siempre a raramente o de frecuentemente a nunca).

De catorce (15) valoraciones con cambios de más de un grado, ¡12! resultan de desmejoramiento de la condición: tristeza, llanto frecuente (1), trastornos auditivos (1), depresión (1), pérdida de concentración (1), miedo (3), insomnio (2), vértigo (1), incoherencia (1) ansiedad (1), los otros cambios son en mutismo (1) y sueño excesivo (1) que se puede valorar tanto en forma positiva como negativa.

Habíamos concertado también observar los puntajes que cambian un grado en las valoraciones medias (de raramente a frecuentemente o viceversa). El peso de los resultados es un poco más equilibrado: 8 puntajes van de raramente a frecuentemente: dolor en las articulaciones (1), pérdida de la memoria (1), tristeza, llanto frecuente (2), trastornos auditivos (1), miedo (1), desaseo, descuido (1), depresión (1) y 5 positivos (de frecuentemente a raramente): pérdida de la memoria (1), sueño excesivo (1), hipertensión (2), aislamiento (1).

Sugerimos obviar la presentación de estos resultados dado el error metodológico de presentar el post test con tanta dilación y en la interferencia de tantas Variables intervinientes.