

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**EFFECTO DE LA APLICACIÓN DE UN MODELO RECREATIVO DE  
INTERVENCIÓN INTEGRAL, SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE UNA  
PERSONA ADULTA MAYOR, CON DISCAPACIDAD SENSORIAL,  
EFECTUADA EN SU CASA DE HABITACIÓN, POR UN PERÍODO DE SEIS  
MESES**

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Postgrado en Ciencias del Movimiento Humano y la Recreación para optar al grado y título de Maestría Profesional en Recreación.

MARIA EUGENIA JENKINS ALVARADO

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2011

## **DEDICATORIA**

... a mis hijos Catalina, Jorge, Mauricio y Alejandro, razones del diario vivir

... a Rafaelita, mi Mamá, (qdDg) mujer pionera e inspiradora

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme disfrutar de esta experiencia...

A Doña Consuelo, por su paciencia, interés, disposición y colaboración al participar en el programa...

A Arturo Jiménez por su incondicional apoyo

A Carmen Grace Salazar por la Maestría...

A Carlos Ballesterero por el espacio...

A Yolanda Camacho por su estímulo....

A Gerardo Araya por la disposición de compartir su sapiencia...

Sincero agradecimiento a cada docente de la Maestría en Recreación, al personal administrativo y muy especialmente a mis compañeros y compañeras de clase, que hicieron posible este continuar en el camino, hace rato seleccionado...

Muchas gracias también a Alberto Álvarez, a Rolando Zamora, a Germán Valverde, a Maureen Meneses, a Felicia Monge, a Eduardo Pereira, a Andrea Mora, a Kata Castillo, a los tíos Pérez Miranda y a todas aquellas personas que participaron en este proceso con ayudas, guías, libros, investigaciones y oportunos consejos...

*A todas y a todos, ... ¡gracias de corazón!*

“Este trabajo de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios del Posgrado en Ciencias del Movimiento Humano y la Recreación de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y al título de Maestría Profesional en Recreación”

---

M.Sc. Norma Lau Sánchez  
Representante de la Decana del  
Sistema de Estudios de Posgrado

---

Dra. Yolanda Camacho Matamoros  
Profesora Guía

---

M.Sc. Gerardo Araya Vargas  
Lector

---

M. Sc. German Valverde Chinchilla  
Lector

---

Ph.D. Carmen Grace Salazar Salas  
Coordinadora de la Maestría Profesional en Recreación

---

María Eugenia Jenkins Alvarado  
Sustentante

## INDICE

Pág.

Dedicatoria .....	ii
Agradecimientos .....	.iii
Hoja de aprobación .....	iv
Índice .....	v
Resumen .....	vi
Lista de tablas y cuadros .....	vii
Lista de gráficos.....	viii
Abreviaturas.....	ix
Capítulo	
1. <b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
Justificación.....	5
Problema.....	10
Objetivos.....	10
Definición de términos.....	11
Alcances, Delimitaciones y Limitaciones.....	13
2. <b>MARCO TEÓRICO</b> .....	15
Persona Adulta Mayor.....	16
Discapacidad.....	18
Calidad de vida.....	19
Recreación.....	29
Modelos de intervención en RT.....	31
3. <b>METODOLOGÍA</b> .....	37
Tipo de estudio.....	38
Sujeto.....	38
Instrumentos.....	40
Procedimientos.....	44
Análisis de la información.....	65
4. <b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	69
The Senior Fitness Test .....	70
Escala de autoestima.....	72
Perfil de Estados anímicos.....	75
Valoraciones sobre miedo y soledad.....	79
Estrategias de valoración de la memoria.....	80
Cuestionario sobre Recreación.....	81
Discusión.....	83
5. <b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	86
Conclusiones.....	87
Recomendaciones.....	88
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	89
<b>ANEXOS</b> .....	99

# **EFFECTO DE LA APLICACIÓN DE UN MODELO RECREATIVO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL, SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE UNA PERSONA ADULTA MAYOR, CON DISCAPACIDAD SENSORIAL**

## **RESUMEN**

El presente trabajo explicita un estudio de caso experimental con sujeto único, desarrollado con enfoque mixto de investigación, según lo planteado en Hernández, Fernández y Batista (2003). El estudio, de seis meses de duración, determina el efecto de la aplicación de un modelo de recreación terapéutica, sobre la calidad de vida de una mujer de 87 años de edad, con ceguera total adquirida, quien vive en su casa de habitación. El objetivo de la investigación es lograr el mejoramiento de la calidad de vida de la participante, considerando para el efecto una mayor movilidad articular, mejora en la memoria, incremento de su autoestima, disminución de la depresión y de los sentimientos de miedo y soledad, así como también mayor responsabilidad en la escogencia y control de actividades de esparcimiento. Se considera que el modelo de práctica en Recreación Terapéutica de *Protección y Promoción de la salud* de Austin (2004), es el más adecuado para aplicar en esta investigación pues está basado en una perspectiva humanista que estabiliza y actualiza a la paciente, promueve conceptos de libertad, control, auto-motivación, acción en familia y percepción de esparcimiento. Se recurre a la guía de actividades recreativas de Salazar Salas (2005) para determinar los contenidos a desarrollar en la aplicación del modelo seleccionado. Se utiliza específicamente los temas de gimnasia rítmica, folklore oral, juegos de mesa, lecturas, manualidades, programas radiales, masajes, labores de hogar, visitas y actividades ocasionales (rezo del Niño). Se efectúa evaluación diagnóstica, intermedia y final utilizando técnicas cualitativas como recolección de datos mediante observaciones de las conductas diarias de la sujeto, entrevistas a la participante, a personas amigas y familiares, historia de vida y cuestionarios abiertos sobre soledad, sobre miedo y sobre prácticas recreativas. También se utiliza técnicas de medición cuantitativa como los test de: movilidad articular tomado del Senior Fitness Test de Rikli y Jones (2001); de Autoestima de Rosenberg (1965); de Depresión del POMS de Mc Nair et al. (1971) y el de Memoria de Krell (2005). Se trianguló los resultados los cuales mostraron que el efecto de la aplicación del modelo recreativo de intervención integral de Austin, sobre la calidad de vida de una mujer adulta mayor con discapacidad visual adquirida, no institucionalizada, es positivo, es auténtico, es decir, mejora su calidad de vida. Respalda ésta aseveración los porcentajes de cambio efectivos mostrados en las pruebas de movilidad articular, en la escala de autoestima, en el perfil de estados anímicos y en la valoración de la memoria. De igual forma, los resultados de las hojas de observación y de los cuestionarios sobre actividades recreativas mostraron disminución de los síntomas de soledad, miedo y fortalecimiento de la sujeto en la toma de decisiones de control sobre la salud, disminuyendo sustancialmente la participación de los servicios terapéuticos.

**Palabras clave:** adulta mayor, discapacidad sensorial, recreación terapéutica, modelo de intervención, calidad de vida.

## LISTA DE CUADROS

Cuadro		Pág.
1.a.	Observaciones con respecto al desempeño de la participante en las pruebas realizadas en el pre test.....	44
1.b.	Observaciones con respecto al desempeño de la participante en las pruebas realizadas en la medición intermedia .....	44
1.c.	Observaciones con respecto al desempeño de la participante en las pruebas realizadas en el post test .....	44
2.	Resultados correspondientes a movilidad articular medida con el S. F. Test..	45
3 a.	Observaciones con respecto a las respuestas de la participante, a las preguntas realizadas en el pre test .....	46
3 b.	Observaciones con respecto a las respuestas de la participante, a las preguntas realizadas en la medición intermedia .....	46
3 c.	Observaciones con respecto a las respuestas de la participante, a las preguntas realizadas en el post test .....	47
4.	Resultados correspondientes a la escala de Autoestima.....	47
5 a.	Observaciones con respecto a las respuestas de la participante, a las preguntas realizadas en el pre-test .....	48
5 b.	Observaciones con respecto a las respuestas de la participante, a las preguntas realizadas en la medición intermedia .....	49
5 c.	Observaciones con respecto a las respuestas de la participante, a las preguntas realizadas en el post-test .....	49
6.	Resultados correspondientes al perfil de estados anímicos (POMS) para la variable “depresión”. Puntajes de cada ítem y puntaje global por medición. Porcentajes de cambio de cada ítem y global por medición .....	50
7.	Valoraciones sobre conductas de comunicación y movimiento corporal (desplazamientos) observadas en una mujer de 88 años deficiente visual intervenida con el modelo de Austin de recreación terapéutica .....	51
8.	Resultados correspondientes a los síntomas de soledad y miedo. Puntajes de cada ítem por medición y porcentajes de cambio de cada ítem por medición	53
9.	Valoraciones sobre la memoria, según distintas estrategias aplicadas en una mujer de 88 años deficiente visual intervenida con el modelo de Austin de recreación terapéutica .....	54
10.	Respuestas al cuestionario de actividades recreativas, dadas por mujer de 87 años con ceguera, intervenida con el modelo de Austin de R.T. ....	55

## LISTA DE GRAFICOS

<b>Gráfico</b>	<b>Pág.</b>
1. Porcentaje de cambio (pre-final), de pruebas de movilidad articular, del Senior Fitness Test, aplicado en una mujer de 88 años, deficiente visual, intervenida con el modelo de Austin de Recreación Terapéutica.....	45
2. Porcentaje de cambio en la escala de autoestima, aplicado en una mujer de 88 años, deficiente visual, intervenida con el modelo de Austin de Recreación Terapéutica .....	48
3. Porcentaje de cambio entre mediciones, en el puntaje global de la variable depresión del POMS, aplicado en una mujer de 88 años, deficiente visual, intervenida con el modelo de Austin de Recreación Terapéutica.....	50
4. Porcentaje de cambio entre mediciones, en los puntajes de los ítems de la variable depresión del POMS, aplicado en una mujer de 88 años, deficiente visual, intervenida con el modelo de Austin de Recreación Terapéutica.....	51
5. Porcentaje de cambio entre mediciones, en los puntajes de los ítems de la variable soledad y miedo, aplicado en una mujer de 88 años, deficiente visual, intervenida con el modelo de Austin de Recreación Terapéutica.....	53



## ABREVIATURAS

AGECO:	Asociación Gerontológica Costarricense
CCSS:	Caja Costarricense del Seguro Social
CONAPAM:	Consejo Nacional para el Adulto Mayor
CNREE:	Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial
GRF:	Gimnasia Rítmica Formativa
ICODER:	Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación
INEC:	Instituto Nacional de Estadística y Censos
NTRS.:	Siglas en inglés del Sistema Nacional de Recreación Terapéutica de los Estados Unidos de Norte América
RT:	Recreación Terapéutica
UCR:	Universidad de Costa Rica
UNA:	Universidad Nacional Autónoma

# **INTRODUCCCIÓN**

## Capítulo 1

### INTRODUCCIÓN

Según datos derivados de la Organización Mundial de la Salud (2002), el número de personas que superan los 60 años de edad, está en incremento. En el año 2025 habrá unos 1200 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, de los cuales 840 millones vivirán en países en desarrollo (OMS, 2002).

Considerando estas circunstancias de crecimiento demográfico, en Viena (1982), se realiza la primera "Asamblea Mundial sobre Envejecimiento", en la cual se aprueba el Plan de Acción Internacional para la elaboración de políticas al respecto (ONU 2002). En Madrid (2002), se realiza la segunda asamblea y se reformula este plan de acción, destacándose la necesidad de cambiar en actitudes, en políticas y en prácticas en todos los niveles y en todos los sectores. Dicho plan consta de sesenta y dos recomendaciones en siete ámbitos generales, una de las cuales es el bienestar social, que incluye incentivar la recreación y el mejor aprovechamiento del tiempo libre en las personas adultas mayores (Dormond, 2007).

Ante esta situación, Costa Rica muestra un cambio importante en el reconocimiento de los derechos y beneficios de las personas mayores, con la aprobación de la Ley N° 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, publicada en noviembre de 1999, en la cual resalta: 1) objetivos como: a) garantizar a las personas adultas mayores igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos, b) velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios, destinados a esta población.

2) derechos como: mejorar la calidad de vida mediante la participación en actividades recreativas, culturales y deportivas, promovidas por organizaciones, asociaciones, municipalidades y el Estado.

3) deberes como: desarrollar programas que favorezcan la permanencia de las personas adultas mayores en la familia y la comunidad.

Mediante esta ley, se crea el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), como ente rector en materia de envejecimiento y vejez, la cual garantiza la formulación y ejecución de las políticas públicas integrales que se manifiestan en la Ley Ley N° 7935. Entre los fines principales de este Consejo, está el de impulsar la atención de las personas adultas mayores, en entidades públicas y privadas, además de velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios destinados a ellas y coordinar el apoyo de diversas instituciones y organizaciones de la sociedad civil, como la Caja Costarricense del Seguro Social, el Hospital Raúl Blanco Cervantes, el Ministerio de Salud, las Universidades Públicas, los Comités Cantonales de Deporte y Recreación y la Asociación Gerontológica Costarricense entre otras, con el fin de garantizar programas recreativos para esta población, con un enfoque integral y participativo (CONAPAN, 2008).

Señala Mora (2008) que a pesar de los grandes esfuerzos de organizaciones y entidades costarricenses por ofrecer programas recreativos a la población adulta mayor, solamente el 1.8% logra involucrarse en estas actividades, bien sea por inhabilidad de las personas para recrearse, por desconocimiento de programas que se ofrecen, por carencia de ofertas recreativas en la comunidad o por cupos llenos en los grupos de interés, entre otras (Salazar Salas, 2005).

Blanco y Sánchez (2007) ponen de manifiesto también, el aumento significativo del número de personas con discapacidad que se registran en el orbe. Según la ONU (2009), en el mundo hay más de 500 millones de personas con discapacidad, lo que equivale al 10 % de la población mundial y dos tercios viven en los países en desarrollo, donde casi un 20 % de la población total tiene algún tipo de discapacidad. El número continúa aumentando conforme lo hace la población mundial (ONU, 2009), razón que ha estimulado a países, asociaciones y organismos internacionales a tratar la discapacidad como objetivo prioritario, sobre todo a partir de la Segunda Guerra Mundial (Blanco y Sánchez, 2007).

Uno de los programas impulsores del cambio en el trato a las personas con discapacidad es el llamado "Acción Mundial para las personas con Discapacidad", iniciado en 1992 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el cual reafirma el derecho a la igualdad de oportunidades en salud, educación, en servicios, así como de participación plena en actividades económicas y sociales, comprendiendo entre otras, la práctica de la recreación (Blanco y Sánchez, 2007)

En respuesta a necesidades, llamados, acciones y cambios paradigmáticos, Costa Rica publica en 1996 la Ley 7600 de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, en la que se declara de interés público el desarrollo integral de la población con discapacidad, en iguales condiciones de calidad, oportunidad, derechos y deberes que el resto de los habitantes. En el Capítulo II, artículo 4 expresa que es obligación del Estado, garantizar a la persona con discapacidad, servicios de apoyo para su permanencia en familia y en el Capítulo VII, artículo 1 se manifiesta la obligatoriedad de brindar acceso a la cultura, el deporte y a las actividades recreativas, a esta población (Ley7600, 2004).

Para el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (2007), la población con discapacidad en Costa Rica, equivale a un 5,45%, del total y muchas de estas personas no tienen posibilidad de participar en acciones recreativas, pues los Centros de Atención son insuficientes, al igual que los programas que se ofrecen, según expresa Ozols (2008).

El crecimiento demográfico de estas dos poblaciones, provoca un fuerte impacto social, económico y político en la sociedad, situación que genera la necesidad de fortalecer las acciones existentes e implementar nuevas estrategias de atención prioritaria para estos sectores. En éste sentido, Camacho Kortman (2005), manifiesta que los modelos de intervención en Recreación Terapéutica (R.T.), son componentes decisivos en la credibilidad y evolución de esta atención, basada en servicios humanitarios

El presente trabajo conjunta las dos poblaciones explicitadas anteriormente y tiene la finalidad de probar la efectividad de la aplicación de un modelo de Recreación

Terapéutica, en el mejoramiento de la calidad de vida de una mujer de ochenta y siete años, con discapacidad visual (ceguera) adquirida, llevando implícito el propósito de colaborar con el posicionamiento de modelos de práctica o intervención, como estrategia de atención, elemento básico de la R.T.

Para Gruver, (2004), el desarrollo de modelos para la práctica en R. T., es un componente decisivo en la calidad y credibilidad de éstos servicios. Están compuestos por elementos como teoría (conducta científica), implicaciones, guías prácticas, ejercicios y ejemplos. Se han visto enriquecidos por las experiencias de quienes los instrumentalizan y categorizados bajo sombrillas de diversos paradigmas.

Para éste estudio, se considera la implementación del modelo de Protección y Promoción de la Salud de Austin (2005), el cual está abalado por organizaciones establecidas para tal fin como es el caso del National Therapeutic Recreation System (NTRS), de los Estados Unidos de Norte América, con el propósito de atender la necesidad de implementar estrategias de atención prioritaria para sectores poblacionales de persona adulta mayor y persona con discapacidad visual no institucionalizadas

## **1.1 JUSTIFICACIÓN**

La generación de cambios en las actitudes hacia la persona adulta mayor y hacia la persona con discapacidad, de parte de ella misma, de su familia, de quienes se responsabilizan de los servicios y de la sociedad en general, debe evidenciar el respeto a la diferencia y a la individualidad y debe ofrecer a la vez, múltiples opciones de ofertas de apoyo en función de las necesidades de las personas y de un proceso de igualdad de oportunidades. Roque (1999) apunta que estas ofertas pueden estar caracterizadas, por descansos activos, por la ejecución de actividades diferentes elegidas libremente y que proporcionen placer; ese placer, señala el autor, se alcanza mediante opciones recreativas; una de ellas se desarrolla en la presente investigación.

### **1.1.1 Importancia de la recreación**

La recreación es un conjunto de actividades agradables, divertidas y placenteras, que cada persona escoge voluntariamente para realizar en su tiempo libre (Salazar Salas, 2005). Su importancia radica en el fortalecer valores, principios, creencias y todos aquellos aspectos que procuran el crecimiento integral de la persona y de la sociedad, objetivos inmersos en el presente trabajo, los cuales procuran ir mas allá de la simple participación en acciones donde se aprenden destrezas, es decir, implican como asegura Salazar Salas, (2005) un comportamiento significativo tanto para la persona como para el contexto sociocultural en el que se desenvuelve.

### **1.1.2 Beneficios de la recreación**

Salazar Salas (2005) considera que la recreación brinda la oportunidad de aprovechar el tiempo libre de una manera saludable, lo que genera una serie de beneficios tanto personales como para la sociedad.

Al realizar actividad física recreativa, explicita Salazar Salas (2005), las personas evitan el sedentarismo, previenen derrames, mejoran la función cardiovascular, entre otros. Desde el punto de vista socio-afectivo, la práctica proporciona incremento en la autoestima, bienestar percibido, relajación, interacciones sociales y amistad. El aspecto intelectual se ve favorecido al aprender nuevas destrezas y comportamientos, al resolver problemas y al mejorar la memoria. De igual manera, aspectos espirituales como la humildad, la paz, la fortaleza y la apreciación por la naturaleza, se benefician con la participación de la persona en actividades recreativas, tales como las que se desarrollan en la investigación.

Para Morales (1994) la recreación fortalece la familia pues se comparte, se ayuda y se orienta a la persona participante, hacia un lugar en el orden social, aspecto relevante en esta pesquisa. Las comunidades también se benefician al fortalecerse la unión, el respeto, el trabajo en equipo y el voluntariado, lo que puede prevenir desviaciones en la conducta social (Matiew, 1993)

### **1.1.3 La recreación terapéutica (R.T.), como área de la recreación**

La R.T. emplea la recreación como medio para habilitar o rehabilitar poblaciones especiales (Camacho Kortman, 2005), bien sean éstas con discapacidad, de adultos mayores o ambas como en el presente caso. Con éstas poblaciones, estudios y especialistas han obtenido resultados exitosos, tal es el caso de Mora (2002) quien muestra que se produce modificaciones significativas cardíacas y físicas en las personas mayores, luego de seis meses de ejercicio aeróbico. Carazo (2004) trata un grupo de adultas mayores mediante la práctica del taekwondo, generando importantes incrementos en el desempeño físico y cognitivo de las participantes y, por ende, un aumento significativo en la capacidad para desarrollar las diferentes actividades de la vida diaria. Barrantes (2004) demuestra que 24 adultas mayores mejoran significativamente la autoestima después de realizar un programa de actividades recreativas.

Delgado (2008) tras entrenamiento integral, demuestra la existencia de una clara mejoría en la memoria, que se mantiene a los seis meses. Además, los datos ponen de manifiesto un descenso en las puntuaciones tanto de ansiedad como de depresión.

Por otra parte, Santana y Guillén (2002) realizan un estudio descriptivo con una muestra de 130 personas no videntes, relativo a la percepción de los beneficios de la actividad física, obteniendo resultados muy positivos, destacándose aspectos como la mejora de la capacidad física, el sentirse bien consigo mismo, la recreación y la relajación.

### **1.1.4 Recapitulaciones**

En Costa Rica, tanto la Ley N° 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, como la Ley N° 7600 de Igualdad de oportunidades para las Poblaciones Especiales, declaran de interés público el desarrollo integral de las personas, en igualdad de condiciones de calidad, derechos y deberes; recomendando el logro de éstos propósitos



mediante la participación en actividades recreativas que mejoran la calidad de vida y la permanencia en familia.

El presente estudio tiene como propósito la mejora de la calidad de vida de una persona adulta mayor con ceguera que se encuentra en su casa de habitación, mediante programas recreativos que comparte con su familia cercana, cumpliendo la investigación con el interés de logro de ambas leyes.

Por otro lado, investigaciones como la de Martínez , J., et al (2009) y la de Pont, P. y RocaJ. (2005), muestran resultados positivos en el mejoramiento de la capacidad aeróbica y de la memoria respectivamente, en personas mayores, luego de prácticas recreativas; de igual forma, estudios como los de Santana y Guillen (2002) muestran mejoramiento de la capacidad física, y la autoestima en personas no videntes. Villalobos (2001) plantea la recreación como un medio para logro del equilibrio psicossomático "... permitiendo ejecutar acciones que proporcionan funcionalidad, mejoras en órganos y sistemas, actitudes positivas y realizadoras que llevan a enfrentar de forma más sana la vida" (pp.115).

Además, investigaciones relacionadas con la recreación terapéutica, han probado tener efectos significativos, en la calidad de vida de las personas adultas mayores con discapacidad sensorial, como lo manifiesta Royer (1999), al aplicar un modelo de RT para mejora de la salud y concluir que se redujo las consecuencias secundarias de la discapacidad en "envejecientes", paralelo al fortalecimiento del bienestar, individualizando los recursos y las oportunidades.

Asegura Camacho Kortman (2005), que las técnicas utilizadas por la persona especialista en Recreación Terapéutica, ayudan a disminuir la depresión, el estrés y la ansiedad; colaboran en la recuperación de funciones motoras básicas y de razonamiento apropiado; incrementan la autoestima y enseñan a quienes participan de éstas bondades, a socializar e independizarse, es decir, a reducir o eliminar los efectos de la enfermedad, discapacidad o condición. Urzanqui (2007) confirma lo precitado al concluir que la RT

disminuyó la sintomatología de la ansiedad y la depresión en personas ciegas y deficientes visuales, al aplicarles un programa de deporte y juego.

Los programas recreativos también satisfacen a las personas participantes en otros aspectos, tales como el disfrute individual y en grupo, la obtención de la relajación y de la autonomía (Romero, 2006), resultados esperados en el estudio de caso de esta investigación.

No cabe duda que la recreación, brinda la oportunidad de aprovechar el tiempo libre de una manera saludable, tanto a nivel personal como social, por lo que obtener los beneficios antes citados, es de gran ayuda para las poblaciones de personas adultas mayores discapacitadas.

Si aunado a las aseveraciones precitadas, se considera que tanto Ozols (2008), como León y Mora (2008) explicitan que en Costa Rica, los centros de atención y programas particulares para adultos mayores y para personas con discapacidad, son insuficientes, más aún aquellos que se dedican a personas adultas mayores con discapacidad; la teoría de éste estudio de caso cobra relevancia social al ofrecer un recurso asequible para programas nacionales de desarrollo integral, con poblaciones de personas adultas mayores ciegas que se encuentran en sus hogares.

Las investigaciones realizadas en Costa Rica, e inclusive en América Central sobre recreación y poblaciones especiales, sin ser abundantes, muestran un número considerable de tratamientos. Sin embargo al relacionar recreación terapéutica, modelos de intervención y personas adultas mayores con ceguera, los resultados son nulos.

Según Austin (2004) es necesario poner de manifiesto cómo implementar la práctica de la R.T. posicionando los modelos de intervención y ofreciendo información sobre los servicios que brinda esta novedosa profesión, así como sobre las características de las personas que los utilizan.

Esta investigación trata de transformar la realidad individual de una persona adulta mayor con discapacidad visual (ceguera total adquirida), mediante la aplicación del modelo de intervención integral de Austin (2004), el cual es una estrategia de la recreación terapéutica basada en el aprendizaje significativo, en la participación democrática y en la acción en un contexto familiar, que muestra a la vez, una relación empírica interpretativa, fundamentada en utilidad social de las metodologías experimentales y de observación, no tratadas aun en el país ni en la región. Por tanto, se justifica la realización de este estudio, debido a su novedosidad, al aporte teórico, práctico e instrumental que explicita y a la propuesta implícita de posicionamiento de la Recreación Terapéutica.

## **1.2 PROBLEMA**

1.2.1 Preguntas guía, como marco referencial para la elaboración de todo el trabajo:

- 1- ¿Qué es lo que tiene la paciente y hasta donde se deteriorará?
- 2- ¿Cuál es su problemática físico-motora?
- 3- ¿Cuál es su situación socio-afectiva?
- 4- ¿Se ha visto afectada su condición intelectual?
- 5- ¿Causas probables de su condición actual?
- 6- ¿Evolución probable sin intervención?
- 7- ¿Cuál modelo de intervención podría adecuarse más a su condición

1.2.2 Problema de investigación:

¿Cuál es el efecto de la aplicación de un modelo recreativo de intervención integral, sobre la calidad de vida de una mujer adulta mayor con discapacidad visual adquirida?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo General**

Analizar el efecto de la aplicación de un modelo recreativo de intervención integral, sobre la calidad de vida de una mujer adulta mayor con ceguera adquirida, que vive en su casa de habitación, utilizando la triangulación de resultados.

### 1.3.2 Objetivos específicos

- a) Detectar mediante el diagnóstico:
  - la capacidad de movimiento de la participante,
  - la capacidad de memoria
  - el estado de autoestima
  - los síntomas de depresión
  - la situación de los sentimientos de soledad y miedo
  - la condición de las relaciones familiares de la participante
  - el nivel de control de las actividades.
- b) Seleccionar un modelo de intervención, que responda a los resultados del diagnóstico.
- c) Valorar el efecto del modelo de intervención, en la calidad de vida de la paciente, considerando los porcentajes de cambio entre mediciones, las observaciones y las entrevistas.

### Definición de términos

- a) **Calidad de vida:** bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades (Ballestero 2005).
- b) **Discapacidad:** cualquier deficiencia física, mental o sensorial que limite sustancialmente, una o más de las actividades principales de un individuo (Ley 7600, Título I, Capítulo I, Artículo 2).
- c) **Equiparación de oportunidades:** proceso de ajuste del entorno, los servicios, las actividades, la información, la documentación así como las actitudes a las necesidades de las personas, en particular de las adultas mayores y de aquellas con discapacidad (Ley 7600, Título I, Capítulo I, Artículo 2).

- d) ***Esparcimiento***: experiencias cargadas de significados, que la persona valora, que la hacen crecer y gozar (Molina, 2005).
- e) ***Igualdad de oportunidades***: principio que reconoce la importancia de las diversas necesidades del individuo, las cuales deben constituir la base de la planificación de la sociedad con el fin de asegurar el empleo de los recursos para garantizar que las personas disfruten de iguales oportunidades de acceso y participación en idénticas circunstancias (Ley 7600, Título I, Capítulo I, Artículo 2).
- f) ***Modelo de intervención***: fenómeno de la Recreación Terapéutica, conocido también como modelo de práctica, que representa una realidad particular teóricamente fundamentada. Describe y relaciona conceptos, objetivos, actividades, metodología y formas de evaluación (Austin, Datilo y McCormick, 2002).
- g) ***Movilidad funcional***: la capacidad física y motriz necesaria para desarrollar normalmente las actividades de la vida diaria, con independencia y sin fatiga (Solano, 2002).
- h) ***Persona Adulta Mayor***: terminología social que explicita que la persona se encuentra en la etapa de la vida en la que los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes (Hidalgo, 2001), tales como: disminución de la coordinación, lentitud para aprender nuevas habilidades, capacidad de reacción más lenta, inestabilidad postural, limitación de la memoria a corto plazo, disminución de la capacidad visual y auditiva y pérdida de posición como persona productiva, entre otras (Murillo, 2002)
- i) ***Recreación***: conjunto de actividades agradables y divertidas, realizadas durante el tiempo libre y que promueven el esparcimiento y el desarrollo integral de las personas. Esta es voluntaria (Salazar Salas, 2005).
- j) ***Recreación Terapéutica***: disciplina profesional holística que pretende ayudar a la rehabilitación, a la habilitación o a la acción remedial de los efectos de la vejez, o de una discapacidad, la cual se basa en las habilidades de las personas, no en sus incapacidades (Malkin, 1990).
- k) ***Tiempo libre***: conjunto de ocupaciones a las que puede entregarse el individuo en un período de tiempo, de manera gustosa, para descansar, divertirse, ampliar su información, educación y participación social, voluntaria y al margen de las obligaciones (Cabaña, 1989).

## **1.4 ALCANCES, DELIMITACIONES Y LIMITACIONES**

### **1.4.1 Alcances**

El desarrollo de éste estudio, brinda la oportunidad a la persona participante, de mejorar la calidad de vida en su propia casa, con terapias recreativas que le producen satisfacción y que son compartidas con sus familiares y amigos cercanos. Estas terapias recreativas, son instrumentalizadas mediante un modelo recreativo de intervención integral, factor que influye en el posicionamiento de la R.T. como profesión.

### **1.4.2 Delimitaciones**

El resultado del presente trabajo es aplicable solamente al caso único en cuestión, ya que tanto el diagnóstico como el modelo de intervención, van dirigidos a las características y necesidades particulares de la sujeto (persona adulta mayor con ceguera adquirida, no institucionalizada).

### **1.4.3 Limitaciones**

Las condiciones de la vivienda de la paciente, está entre las limitaciones que hubo que enfrentar, de igual forma las expectativas generadas luego de la intervención quirúrgica a la que fue sometida, así como la suspensión de la empleada doméstica y muertes de allegados.

Al ser la discapacidad visual, adquirida poco tiempo antes del estudio, la casa de habitación no presentaba facilidades de movilidad las cuales se proveyeron previo a la instrumentalización del modelo de Recreación Terapéutica y otras durante el mismo, lo que provocó algunos retrasos en el desarrollo de actividades propias de los insumos programáticos.

Los miembros de la familia con los que la persona participante comparte su diario vivir, no le comunicaron que la operación de los ojos, a la que se vio sometida en aras de corregir la pérdida paulatina de la visión, fracasó, situación que afectó la fluidez del programa de

Recreación Terapéutica. Se insistió mucho con la familia para que le externaran la verdad de su situación, lo que se logró ya avanzado el programa.

La señora que brindaba los servicios domésticos fue sesada por robo, circunstancia que afectó mucho a la paciente, sobre todo emocionalmente y afectó directamente la ejecución de algunas actividades de recreación social, por las tardes.

La muerte de familiares cercanos y de amigas de la participante, afectó su estabilidad emocional y por ende la fluidez del programa.

## **MARCO TEÓRICO**



## Capítulo 2

### MARCO TEÓRICO

Este capítulo contiene las sesiones de: persona adulta mayor, discapacidad, calidad de vida, recreación y modelos de intervención en recreación terapéutica, explicitadas en forma sistémica.

#### 2-1. PERSONA ADULTA MAYOR

Según el Diccionario Enciclopédico Espasa (2000), una persona adulta es aquella que ha llegado a su mayor crecimiento o desarrollo y una persona mayor es quien está entrada en años, de edad avanzada.

Según Ballesteros (2005), el dilema de la edad se clasifica en tres puntos: la edad cronológica (el tiempo transcurrido desde el nacimiento), la edad funcional (mente alerta, resistencia a enfermedades, actitud intelectual) y la edad social (se incluye la terminología de *adulto mayor*). Según la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO, 2005) una persona adulta mayor es aquella que supera los sesenta (60) años de edad, acompañada de cambios biológicos, psicológicos y sociales, entre otros. Apunta Morales (2001), que entre los cambios más significativos que experimentan estas personas están:

- **los biológicos**, tales como:

- a- los ocurridos al patrón de marcha, al disminuir la velocidad y la longitud del paso.
- b- los de la composición corporal, al reducirse la masa y la fuerza muscular.
- c- los del sistema cardiovascular al prolongarse el tiempo de contracción y relajación del músculo cardíaco. Además, disminuye la elasticidad en las paredes de las arterias.

d- los del sistema músculo-esquelético, al aumentar la inestabilidad postural y el desequilibrio del cuerpo.

e- los de la visión, como la “presbiopia” o vista cansada, que consiste en la deficiencia total o parcial de la acomodación del ojo, causada por la menor elasticidad y engrosamiento del cristalino.

f- la “presbiacusia”, definida como la disminución de la función auditiva, relacionada con la edad.

- *los psico-sociales*, que según Ballesterro (2005), pueden ser:

a- generación de sentimientos de inadecuación, por cambios físicos que trascienden a nivel mental.

b- pérdida de posición como una persona productiva, tanto en la familia como en la sociedad, lo que propicia sentimientos de soledad, de aislamiento y de rechazo hacia sí mismo.

c- disminución del número y extensión de funciones y actividades ya que los roles desempeñados en la vida cotidiana van restringiéndose.

d- pérdidas significativas. Cuando familiares o personas cercanas a la persona adulta mayor mueren, se da una pérdida de vínculos muy importantes y en algunos casos, debe enfrentarse al hecho de vivir solo o sola.

Para sobrellevar con éxito estos procesos de cambio, la persona adulta mayor debe continuar comprometida con la vida, amándola, amando a los otros y a si misma, hacer nuevas amistades y renovar las antiguas, redescubrir intereses y reformular objetivos. También deben vigilar su salud, cuidar su nutrición y hacer ejercicio; además, planear actividades recreativas para su tiempo libre, conectarse con grupos familiares y comunales y fortalecer la vida espiritual (Ballesterro, 2005).

El crecimiento demográfico nacional, específicamente el de la población adulta mayor, manifiesta un fuerte impacto en el sector social, político y económico del país, por lo que es necesario que las personas profesionales en salud y áreas afines, diseñen estrategias para ésta población, clasificada por la Organización Mundial de la Salud, como altamente prioritaria en

el logro de metas de calidad de vida (Ballesteros, 2005). El presente trabajo, lleva implícito este propósito.

## **2-2. DISCAPACIDAD**

Antonieta Ozols (comunicación personal, 18 marzo 2008), señala que el término discapacidad fue aceptado por la Real Academia Española de la Lengua por los años de 1990. Es un reconocimiento al gran poder del lenguaje para influir y crear impresiones. Otros términos como incapacidad, minusválido, e inválido pueden dar a entender que las personas con discapacidades son personas sin habilidad, de menor valor, o sin valor

La discapacidad constituye una deficiencia física, mental o sensorial, de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social (Jiménez, 2002). Se define como falta de habilidad en algún ramo específico. El uso del término reconoce que todos los individuos con discapacidades tienen mucho que contribuir a la sociedad (Ozols, 2005).

La visión de la discapacidad y de la persona con discapacidad ha transitado por diferentes enfoques. Entre éstos, una visión de lástima y caridad, de rehabilitación de la persona, hasta un enfoque de autonomía personal y de derechos, vigente en la actualidad (Murillo, 2002).

Según Lépiz y Jiménez (2005), en el segundo milenio se aprecia una evolución conceptual tendiente a incorporar el elemento comunidad dentro de este sector poblacional. Desde esta perspectiva, el señalado concepto no describe las características físicas de una persona, sino la pérdida o limitación de oportunidades de participar en la vida comunitaria a partir de la errónea interpretación de sus deficiencias. Esta frase ilustra el cambio de paradigma operado en materia de discapacidad, de un modelo médico asistencial, a uno de acceso efectivo a los derechos.

Las personas con discapacidad pueden presentar deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, (Lépiz y Jiménez, 2005). Entre las sensoriales se encuentran las relativas a la visión y dentro de éstas, la ceguera que es la discapacidad comprometida con el presente estudio.

## **2.1. Ceguera**

Los términos vista parcial, baja visión, legal o totalmente ciego son utilizados para describir a las personas con impedimentos visuales.

- Vista parcial indica que algún tipo de problema visual ha resultado en la necesidad de servicios de educación especial.
- Baja visión se refiere a todos los individuos con cierto grado de visión pero que no pueden leer el periódico a una distancia normal, aún con la ayuda de gafas o lentes de contacto. Estos individuos combinan todos los sentidos, incluyendo visuales, para aprender, aunque pueden requerir adaptaciones en la luz o tamaño de imprenta y a veces, el braille (escritura en relieve).
- Legal o totalmente ciego indica que una persona no ve del todo. Este impedimento visual severo ocurre en un 0,6 % de cada mil personas en el país (Ozols, 2005).

Estudios realizados por Osorio y otros (2003) concluyen que las personas mayores de 60 años son el grupo etario de mayor afectación relativa a la ceguera total, causada principalmente por glaucoma, enfermedad que según Morales (2001) es la pérdida del campo visual por la elevada presión intraocular. Moreno y otros (2004) concluyen en su investigación que las mujeres mayores de 50 años son las más afectadas por problemas severos de visión y estos se deben a la enfermedad conocida como catarata (opacidad del cristalino del ojo) y al glaucoma, situación que corrobora la OPS (2007) para los países de América Latina, aduciendo, entre otras, afectación de la calidad de vida.

## **2.3. CALIDAD DE VIDA**

El concepto “calidad de vida” puede tener muchos enfoques, entre ellos, el utilizado con creciente frecuencia es el relativo a la salud. El término surgió como tal en la segunda mitad del siglo XX y tiene su génesis, ante todo, en el progreso científico-tecnológico, en la Medicina y en el elevado bienestar a disposición de las sociedades (Figiel, 2006). Para este autor, la calidad de vida no es sólo tener buena salud, ni muchas cosas materiales o excelente educación; todos estos bienes suelen ser útiles, sin embargo no bastan para realizarse plenamente como persona humana.

Calidad de vida es una categoría multidimensional que presupone el reconocimiento de las dimensiones materiales, culturales, psicológicas, física, motoras, sociales y espirituales del ser humano en su entorno; ésta multidimensionalidad combate el concepto de ser unidimensional y uniforme y obliga a desplegar mucha creatividad para aprender la diversidad humana y colaborar con su mejoramiento (Palacios, 2003).

Schwartzmann (2005) conceptualiza “calidad de vida” desde el punto de vista psicológico, sociológico y de salud, considerando la variabilidad de prioridades que se den en distintos momentos de la vida y la percepción de calidad de vida que las personas tengan o desarrollen.

Si como apuntan los autores precitados, lo importante en la calidad de vida es la persona, se debe buscar la calidad de su vida, mejorando las condiciones de la misma en forma integral, considerando su entorno, mejorando la salud, brindando acceso a la tecnología, a la educación, a la posibilidad del buen ejercicio de su libertad; fortaleciendo la convivencia, el amar y ser amada, el crecimiento espiritual; estimulando también el disfrute de la naturaleza, de una sana alimentación y de una vida activa y de esparcimiento.

El concepto depende en gran parte de la concepción de mundo que tiene la persona en particular, la interpretación y valoración que le da a lo que es, a lo que tiene, a lo que vive y a lo que espera.

### **2.3.1. Persona adulta mayor con discapacidad y calidad de vida**

Muñoz (2003), en su conversatorio sobre “La Discapacidad” menciona que calidad de vida es el resultado de un proceso en el cual los elementos fundamentales son la

participación y el compromiso para el cambio, obteniéndose grados en los que se colman las necesidades integrales de las personas con discapacidad, se hacen cosas importantes y se disfruta del tiempo compartido o a solas.

Al respecto, Ballestero (2005), manifiesta que la concepción de calidad de vida en la vejez es, en gran medida, consecuencia de las peculiaridades del medio en que se ha desarrollado la persona durante toda su existencia y de la autonomía e independencia con la que se desenvuelve. La forma de vida que cada quien asuma en todas las áreas en el transcurso de su vida, acota tanto Chaleta (2003) como Ballestero (2005), podría determinar una buena, regular o deficiente calidad de vida al llegar a la vejez, es decir, a menor grado de vida de calidad, mayores afecciones a la salud integral de las personas, acentuándose el deterioro de la movilidad articular, de la memoria y principalmente de aspectos socio-afectivos, es decir, los que involucran estados de ánimo, emociones y sentimientos; dando pie al miedo, a la soledad, a las depresiones, problemas de autoestima, entre otros.

Según Darnton (1995), mencionado en Ballestero (2005), la calidad de vida de las personas adultas mayores y de las personas con alguna discapacidad depende de la concepción particular que se tenga sobre esta terminología, pero indiscutiblemente depende también de la seguridad socio-económica que viva y de la sensación de salud (estado de equilibrio entre vida física, mental, social, afectiva y espiritual) que experimente.

Estudios realizados por Azpiazu et al (2003) coinciden con los autores precitados, al explicitar que los factores que se asocian a una deficiente calidad de vida en poblaciones especiales son, con más frecuencia: los problemas de movilidad, el aislamiento social, la dependencia de otras personas, la falta de ejercicio y los trastornos depresivos, provocados mayormente por alteraciones emocionales, en las que inciden aspectos como el miedo.

### **2. 3.2. Miedo en las personas adultas mayores con discapacidad**

Sobre el miedo, Saldaña y Molina (2006) apuntan que es una de las emociones que presiden la vida del ser humano, la que adquiere diferentes matices, que se modifican en función del objetivo de la tendencia y del momento concreto. En la infancia el miedo es egocéntrico, en la adolescencia es social y en la madurez es práctico. Lo importante para el

equilibrio interno es armonizar la fuerza del miedo con la compensación de la tendencia, para una canalización adecuada, pero esto se complica en la etapa de la adultez mayor y más aún si se adquiere alguna discapacidad.

El miedo como emoción, es algo que se impone sin necesidad de planteamientos racionales que den explicación lógica a lo que se siente. Se tiene miedo a todo lo que pueda dañar la integridad física o la condición emocional, lo cual agobia a las personas y su reacción, según Chaleta (2003), puede ser aguda o crónica. Ambas situaciones reproducen fenómenos de tipo adaptativo funcional que conducirán a maniobras protectoras de la integridad, tratando de prevenir secuelas, efectos o resultados de algún peligro ya sea en el momento o en el futuro. Este peligro puede ser real o fantasioso y hace ejecutar acciones para alejarse o fortalecerse ante lo que se considera peligroso, como por ejemplo no moverse de un sitio o no salir de la casa, lo que conlleva otras consecuencias como la soledad.

### **2.3.3. Soledad en la persona adulta mayor con discapacidad**

La soledad es un tema recurrente en las manifestaciones culturales, formando parte importante de la experiencia humana. (Saldaña, 2005). Apunta Ruiz (2005) que la soledad puede posibilitar un carácter reflexivo que estimule más el mundo interior pero solo será así cuando ésta es deseada, elegida y aceptada. En ese caso, según Molina (2005a) debe llamarse *Solitud*. Generalmente, hay una soledad amarga que se vive a la fuerza por limitaciones de carácter o por circunstancias que trae la vida, como ha ocurrido con la persona del estudio.

Según el Diccionario de la Lengua Española (Espasa, 2000), la palabra soledad tiene dos acepciones relacionadas con los seres humanos. Una se refiere a la carencia de compañía y la otra al pesar que se siente por la ausencia, muerte o pérdida de alguna persona o cosa, circunstancias que provocan soledad emocional (falta de relación intensa o perdurable) y soledad social (no pertenencia o exclusión de grupos o redes). Molina (2005), plantea que ambas provocan dependencia, lo que impide que la persona que las padece pueda llevar a cabo una serie de actividades que le resultan placenteras.

La forma de exteriorizar la soledad depende del género, la edad y el estilo de vida de quien la experimenta, por lo que es muy difícil establecer patrones de reacciones ante este sentimiento; sin embargo Molina (2005) y Ruiz (2005) pone de manifiesto algunas que son comunes a las poblaciones especiales, tal es el caso de que la persona disfruta menos o deja de disfrutar con algunas actividades que antes le gustaban (ver la televisión, comer ciertos alimentos o conversar sobre un determinado tema), se cansa más rápidamente, tiene cambios de humor bruscos, llora con más frecuencia y sin que haya un suceso claro que lo provoque, descansa mal, duerme mucho o poco, se muestra nerviosa, preocupada o agitada; se siente inútil, un estorbo o bien expresa que nadie se preocupa por ella.

La Sociedad Española de Gerontología (2005), publica que las relaciones que se establecen en las grandes ciudades, tienden a ser individualistas, competitivas, frías y poco íntimas; lo que aunado al incremento en separaciones y divorcios, conllevan al aumento de la soledad.

Haciendo contraparte a la precitada circunstancia, Molina (2005), explicita que las redes sociales son significativas en la vida de los seres humanos y dos características de ellas están relacionadas con la soledad. La primera es el número de redes que posee la persona y la segunda es la solidez de la red, el grado en el cual los miembros de la red social están interconectados entre ellos.

En este sentido, Molina (2005) afirma que la solidez de las redes sociales, es la más relacionada con la soledad ya que el nivel de involucramiento tanto de la familia como de las amistades de la persona, es un indicativo de si se es parte o no, de una comunidad de relaciones.

Para Ruiz (2005) personas adultas mayores y con discapacidad que han alcanzado y mantenido un importante nivel en redes de relaciones sociales, bien sean maritales, de lugar donde se vive, de estatus, de ocupación o de condiciones de vida, entre otras, tiene menor grado de posibilidad de sufrir de soledad



Al respecto, García (2004) recomienda cambiar algunos ingredientes comunes de este milenio: en lugar de individualismo poner solidaridad; sustituir la autonomía por la donación desinteresada, y orientar la libertad al servicio del bien del otro u otra. Si la soledad es el sentimiento que surge cuando se constata que no soy nada, ni nadie para alguien, el antídoto eficaz será la experiencia de importar a otro. De paso, recalca García (2004) se evita la soledad como causa importante de la depresión.

#### **2.3.4. Depresión en las personas adultas mayores con discapacidad**

El estado de ánimo en cada momento de la vida de los seres humanos es resultante de numerosos factores biológicos internos y externos que lo hace complejo, variable y dinámico. La depresión guarda directa relación con la alteración del estado de ánimo, pero, según Díaz (2003), para hablar de depresión se requiere no sólo de una baja del ánimo, sino de la evolución de éste en el transcurso del tiempo; incluso sus variaciones durante los distintos momentos del día.

Para Thompson (2003), depresión no es solamente sentirse triste, melancólico, o desanimado, es mucho más que el desaliento que puede ser parte de la vida diaria. Ésta es una enfermedad que afecta a toda la persona, sus pensamientos, sentimientos, comportamiento y su salud física. En su forma más benigna, la depresión puede impedirle, a individuos usualmente saludables, que gocen de la vida a plenitud. En su forma más grave, la depresión puede causar sufrimiento innecesario a la persona que está deprimida, causar dolor innecesario a las personas que la rodean y puede también tornarse en una condición que amenace la vida.

Los estudios de Márquez (2005) muestran que la frecuencia de síntomas depresivos se da mayormente en mujeres debido a cambios hormonales asociados con el ciclo reproductivo, o el estrés asociado con ser mujer en la sociedad actual. Explicitan también que la depresión está vinculada con múltiples factores de riesgo, tales como la soledad producida por cambios como la jubilación, la familia disfuncional, la dependencia económica, una discapacidad adquirida recientemente y el sedentarismo, entre otros.

Según investigaciones de Thompson (2003), la depresión es una enfermedad que afecta a más de 17 millones de estadounidenses cada año. Muchas de estas personas tienen alguna discapacidad. No todas las personas con discapacidades sufren depresión y en muchos casos, si sufren depresión no es debida a su discapacidad, más bien a otros factores exógenos. No obstante, las personas con discapacidad enfrentan estrés y retos diferentes, por lo cual el riesgo de sufrir depresión es más alto. Estudios han demostrado, apunta Thompson, que la depresión podría ser de 2 a 10 veces más común en personas con discapacidad.

Autores como Díaz (2003) Thompson (2003) y Márquez (2005), concluyen que algunos síntomas de la depresión son: sentimientos de tristeza, ansiedad, desesperanza o vacío. Pérdida de interés en las actividades que anteriormente disfrutaba. Problemas con el sueño, con el apetito, con el peso, con la concentración y con la energía. Excesivos sentimientos de culpabilidad, sensación de inutilidad o desamparo. Pensamientos repetidos sobre la muerte o pensamientos suicidas. Cuando varios de estos síntomas ocurren juntos, causando dificultades en el funcionamiento diario por varias semanas, puede haber una enfermedad depresiva, que contribuye a una pobre calidad de vida.

La depresión, apunta Thompson (2003), no es una cosa inventada, no es causada por pereza o falta de fuerza de voluntad. Ésta es una enfermedad real con causas reales que pueden ser biológicas, hereditarias, de personalidad o provocadas por experiencias pasadas, como en el caso de la persona de estudio.

Molina y Saldaña (2005), ante un caso de depresión, recomiendan, hablar con otras personas y realizar actividades cognitivas o físicas, para ayudar a aumentar la motivación, a mejorar la autoestima, a fortalecer las relaciones personales y a prevenir y superar la depresión.

### **2.3.5. Dimensión cognitiva en adultos mayores con discapacidad (memoria)**

Para Tardini (2000), la cognición es la manera en que se piensa o se conoce las cosas, de acuerdo con el imaginario social colectivo que gira alrededor de las poblaciones especiales del entorno. Se considera para ésta definición: los procesos perceptivos y atencionales experimentados, los recuerdos de acontecimientos, la forma de solucionar problemas, la capacidad para comprender tanto la realidad física y social (ambiente, estructuras, organización, clima social) como la propia realidad interna (auto concepto, salud y factores funcionales) y todo ello desde una visión de la persona como sujeto participante activo en y desde la realidad.

Para Pereiro et.al (2006), la memoria operativa, la atención selectiva y la velocidad de procesamiento son los tres aspectos del funcionamiento cognitivo a los que con mayor frecuencia se apela para construir modelos explicativos que den cuenta del rendimiento cognitivo en las poblaciones especiales. Particularmente en éste apartado se tratará la memoria, entendida como la facultad del intelecto, por medio de la cual se retiene y se recuerda lo pasado. (Diccionario Espasa, 2000).

La memoria, según Navarro (2003), contiene recuerdos de los eventos pasados en la vida de la persona. Puede referirse a todo lo ocurrido a esta, a lo largo de la vida (recuerdos extendidos), o bien a acciones que se repiten, como las navidades (recuerdos categóricos) y también a momentos concretos como un examen (recuerdos específicos).

Pérez (2000) expone sobre la memoria en poblaciones especiales y refiere diferencias significativas entre jóvenes y adultos mayores con alguna discapacidad, sobre todo en la curva de aprendizaje, en la amplitud de memoria y en el efecto que la demora y la interferencia producen en el recuerdo en algunas tareas valoradas.

Navarro (2003), al respecto expresa que la incapacidad para recuperar recuerdos específicos, es una circunstancia que se presenta en las poblaciones especiales, pero que la existencia de recuerdos generales no es en sí un problema, ya que hay muchas situaciones en las que resultan útiles, el problema es el no poder acceder a los recuerdos específicos cuando la situación requiere de la recuperación de este tipo de recuerdos.

Para Donoso et.al (2002) y Navarro (2003), las fallas de la memoria en poblaciones especiales se producen por envejecimiento normal, por trastornos emocionales, por deterioro provocado por enfermedad o lesión y por la enfermedad de Alzheimer.

Carazo (2004), en su meta-análisis concluyó que las personas mayores obtienen beneficios a nivel cognitivo, ya sea luego de la práctica de ejercicios contra resistencia o de tipo aeróbico, y que en las personas mayores, tanto la memoria, el tiempo de reacción, la inteligencia, la discriminación perceptual, el estado mental y la fluidez verbal presentan mejoras significativas al realizar ejercicio.

Programas de entrenamiento en estrategias para mejorar la memoria, como el implementado por Delgado (2008), han surgido como respuesta al elevado porcentaje de quejas que las poblaciones especiales expresan sobre su pérdida de memoria, con el objetivo principal de intervenir en dichos fallos, para mejorar la calidad de vida de este sector de población.

Investigaciones en relación con la cognición, mencionadas por las personas explicitadas en los párrafos anteriores, expresan que la estimulación cognitiva, al igual que el estímulo motor, juega un rol importante en el desarrollo integral de las personas. Ponen de manifiesto también, que si el potencial de aprendizaje se mantiene en la edad avanzada, puede darse un crecimiento selectivo en el funcionamiento intelectual, siempre que el contexto favorezca ese desarrollo, circunstancias que fueron consideradas en el estudio de caso de ésta investigación.

### **2.3.6. Dimensión físico motora de la persona adulta mayor con discapacidad (movilidad)**

Según Tuirán (2005), el envejecimiento por sí solo no es un problema; se convierte en problema social cuando está acompañado de pobreza, enfermedad, discapacidad y aislamiento. Se acrecienta en circunstancias de dependencia por falta de movilidad, especialmente la que presenta dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria.

En muchas ocasiones, apunta Barrantes (2007), no hay una relación directa entre enfermedad y deterioro funcional, ya que un trastorno menor puede resultar en mayor deterioro que una enfermedad de peor pronóstico, más grave o crónica, como es el caso de la paciente del presente estudio, quien limita sustancialmente la movilidad por ceguera adquirida. Este deterioro puede afectar considerablemente la calidad de vida y puede tener influencia en los cuidados futuros.

Ettinger, Bootsmavan y Black y Rush, mencionados en Barrantes (2007), respectivamente evalúan 654 pacientes mayores de 65 años y encontraron que la causa más frecuente de deterioro funcional fue la enfermedad osteomuscular, seguida de la diabetes en ambos sexos. En el estudio de 591 pacientes mayores de 85 años, mostraron que las enfermedades crónicas que causaron mayor inestabilidad para la marcha fueron: enfermedad vascular cerebral (EVC), problemas cardiacos y fractura de cadera. En el estudio realizado en tres grupos étnicos mayores de 75 años, encuentran que las enfermedades asociadas con mayor deterioro funcional fueron: la enfermedad de Parkinson, los problemas de la memoria, la depresión y la discapacidad sensorial.

Las personas que tienen discapacidad sensorial, específicamente las no videntes, apunta Ochaita (1998), enfrentan problemas de relaciones entre el espacio cercano y el lejano, así como también el de no poder exteriorizar sus representaciones del ambiente, lo que induce a la inmovilidad. No se puede pasar por alto, apunta Ochaita, que las personas ciegas tardías suelen tener menos problemas para relacionarse con el medio, que quienes presentan la condición de nacimiento.

Uno de los aspectos que mayor importancia tiene para las personas ciegas, es el desplazamiento y la orientación. La movilidad independiente no solamente implica la posibilidad de desplazarse de un punto a otro, sino que también supone el hecho de saber dónde se está, hacia donde se pretende ir y cómo se puede llegar desde determinados puntos de origen a otros de destino, de forma segura, confortable y eficaz, para lo cual Carreiras y Codina (2003), recomiendan utilizar representaciones o mapas conductivos, los que se entrenan mediante el contacto directo con el ambiente en forma gradual, con ayuda de descripciones verbales, estimaciones de distancia y dirección y con la reconstrucción de espacio (puede ser con maquetas).

Ballestero (2005), comenta el impacto que diversas actividades recreativas (artes marciales por ejemplo) han tenido sobre las auto percepciones físicas y sociales de personas pertenecientes a grupos de poblaciones especiales. La participación en actividades recreativas, acota Ballestero, aporta nuevas experiencias corporales, las que realzan la percepción de logros físicos, redefiniendo las capacidades físicas e incrementando la confianza para la realización de nuevas experiencias de movilidad.

## **2.4. RECREACIÓN**

Salazar Salas (2005), expresa que la recreación es un conjunto de actividades agradables y divertidas, realizadas en forma voluntaria durante el tiempo libre, las cuales promueven el desarrollo integral de las personas.

### **2.4.1 Tiempo libre y esparcimiento**

El tiempo libre, acota Salazar Salas (2005), es el que no se dedica al trabajo, ni al cuidado personal y tampoco a las obligaciones familiares o sociales. Al respecto Roque (1999) expresa que el tiempo libre ofrece a las personas la posibilidad de elegir libremente y sin ninguna presión, actividades que les interesen, les motiven y les sirvan de esparcimiento.

Para Juniu y Salazar Salas (2010) el uso de la palabra esparcimiento es reciente. Surge de la necesidad de darle un significado positivo a “ocio”. Según las autoras, el concepto de esparcimiento tiene dos concepciones, una intelectual ligada al tiempo libre que recupera, relaja y descansa y otra popular relacionada con pérdida de tiempo. Esta última no se considera en el presente estudio.

Al respecto, Molina (2005 a) explicita que el esparcimiento es un sentimiento de disfrute y de gozo que se obtiene como consecuencia de realizar actividades recreativas voluntarias, en el tiempo libre.

### **2.4.2 Actividades recreativas**

Las actividades recreativas son muy variadas, según Salazar Salas (2005), responden a gustos, conocimientos, cantidad de tiempo libre, recursos económicos, entre otros, que poseen las personas. Estas se pueden realizar en forma individual, en pequeños y grandes grupos, al aire libre, bajo techo, durante poco tiempo o a lo largo de la vida.

Salazar Salas (2010), clasifica las actividades recreativas en: a) deportes , juegos y actividad física, b) actividades artísticas, ( música, danza, arte), c) recreación social (visitas, fiestas, celebraciones), d) actividades al aire libre y relacionadas con la naturaleza, e) actividades cognoscitivas (lecturas, oratoria, computación), f) actividades de enriquecimiento y actualización personal (cursos, talleres, congresos), g) pasatiempos (coleccionar), h) turismo (cruceros) y la de mas reciente inclusión... i) actividades espirituales.

Para Molina (2005 a), la persona que realiza actividades recreativas con disfrute y goce, está obteniendo beneficios integrales, es decir, beneficios psicológicos como la mejora de la autoestima; beneficios físicos como la reducción del riesgo de enfermedades del corazón; beneficios sociales como la promoción de interacciones y amistades y beneficios cognitivos como el aprendizaje de destrezas y comportamientos, entre otros.

### **2.4.3 Áreas de la recreación**

Según Salazar Salas, (2005) los intereses de las personas profesionales en recreación, han generado el surgimiento de diferentes áreas de la recreación, tales como: la comunitaria, la comercial, la laboral, la militar, la privada, la acuática, la municipal, la universitaria y la que se considera en el presente estudio, la terapéutica.

### **2.4.4 Recreación terapéutica**

El campo de la Recreación Terapéutica surge en Norteamérica, basado en dos perspectivas filosóficas: una que hace énfasis en el uso de las actividades recreativas como herramienta terapéutica en enfermedades y discapacidades y la otra que considera las experiencias recreativas como fin último de intervención, especialmente para personas institucionalizadas. Estas visiones han emergido acompañadas de la formación de

Asociaciones Profesionales, tal es el caso de la " NTRS (National Therapeutic Recreation Society) " y de la ATRA (American Therapeutic Recreation Association ) (Camacho Kortman, 2005).

Malkin (1999), mencionada en Camacho Kortman (2005) define la RT como aquella disciplina profesional holística, aliada a la salud integral, que pretende ayudar a la rehabilitación, a la habilitación o a la acción remedial de los efectos de la vejez, de una discapacidad, de una enfermedad o de una necesidad especial. La RT se basa en las habilidades de las personas, no en sus incapacidades; ofrece una gran variedad de actividades recreativas, facilidades de movilidad, equipo adaptado y modificaciones reglamentarias, bien sea para terapia propiamente o para intervención educativa, individual o grupal.

Durante los últimos 30 años, la RT ha alcanzado una exitosa madurez y se ha establecido como una profesión dedicada al cuidado de la salud, que se involucra en constantes revisiones y adaptaciones debido a los cambios de los comportamientos sociales y a las variantes en los cuidados de la salud (Camacho Kortman, 2005). Es una profesión caracterizada por los servicios que brinda a la sociedad; por la organización formal de los miembros de la profesión; por los códigos de ética y cuerpo de conocimientos; por los programas reconocidos para entrenamiento y educación y por los modelos de intervención o práctica, basados en teorías y principios científicamente aprobados (Austin, 2004).

## **2.5 MODELOS DE INTERVENCIÓN EN RT**

La práctica profesional de una disciplina está normalmente basada en postulados filosóficos, teorías o modelos que organizan conceptos básicos y describen relaciones entre éstos, con el fin de explicar el fenómeno particular.

La Recreación Terapéutica, como disciplina profesional, ha desarrollado modelos de práctica o intervención, como componente decisivo en la credibilidad y evolución de los servicios humanitarios. Estos modelos llevan implícitos ideas filosóficas y principios de



quienes ofrecen el servicio recreativo, pues sus actitudes y comportamientos comprometen la profesión y pueden llegar a moldear la identidad de una disciplina (Camacho Kortman, 2005).

Los modelos recreativos de intervención integral consideran la **definición** de la práctica en sí, los **objetivos** del tratamiento (ubicados en el lugar en el que se realiza la práctica) y su **relación** con la RT (sustento teórico, componentes de la práctica). Se basan en **conceptos** que representan categorías de información, los que se organizan bajo una **teoría** particular que describe las relaciones entre conceptos y explica fenómenos perceptuales o bien procura explicar el cómo y el por qué de esos elementos que la constituyen. La **evaluación** es uno de ellos, que debe analizar la relación de la estructura teórica con el entorno e internamente, con el propósito de determinar qué es lo que se debe mejorar; determinar si la teoría es clara, consistente, lógica y de un alto nivel de desarrollo, en la que se pongan de manifiesto, las técnicas de intervención utilizadas. De igual forma se debe valorar si la metodología muestra compatibilidad entre la teoría, la práctica, la investigación y el paradigma que les cobija (Peterson y Stumbo, 2000).

Apunta Gorbeña et. al (2002), que desde que en 1984 se articuló formalmente el primer modelo de intervención en RT, no se ha llegado a un consenso sobre la conceptualización, desarrollo y fin último de los servicios. Un sector respalda a la Recreación como resultado de la práctica, principios manifestados en el modelo de **Habilidad para el esparcimiento** de Peterson y Gunn y el otro sector congenia con el modelo alternativo de **Protección y Promoción de la Salud** de Austin, que promueve el mejoramiento de la calidad de vida (Gorbeña et. Al, 2002).

### **2.5.1. El modelo de Habilidad para el Esparcimiento de Peterson y Gunn**

Está fundamentado en los conceptos de control interno, motivación intrínseca, causas personales y libertad de elección, para brindar tratamiento, para educar y participar en recreación. Cada una de estas tres áreas de servicio proporciona el contenido para desarrollar, implementar y evaluar programas de RT bajo los postulados de este modelo. Estos programas están basados en las necesidades de los individuos, en propósitos específicos y en

comportamientos esperados. El objetivo general de este modelo, es lograr un estilo de vida de esparcimiento satisfactorio, es decir, el funcionamiento independiente del "cliente" en las experiencias y actividades recreativas que haya elegido (Camacho Kortman, 2005).

Los servicios de tratamiento, se ofrecen luego de haber superado los déficits físicos, socio-afectivos o mentales que presentaba al inicio de la intervención. Csikszentmihalyi, mencionado en Goberna (2002), ejemplifica este postulado mediante un niño con trastorno de conducta (pega, da patadas o araña), que no puede participar con otros de forma aceptable. Hasta que estas conductas no se minimicen o se sustituyan por otras socialmente apropiadas, el niño no tendrá éxito al experimentar conductas de esparcimiento, lo que quiere decir que el tratamiento terapéutico, bajo este modelo, ayuda a mejorar las limitaciones funcionales que merman la capacidad de la persona, su conocimiento, sus destrezas, habilidades y capacidad participativa, para mejorar su conciencia de esparcimiento.

Entre las críticas al modelo de Habilidad para el Esparcimiento, Gorbeña (2002) apunta que éste no ha generado fundamentos filosóficos sólidos sobre los cuales construir un cuerpo de conocimientos, prestando más atención a los aspectos de la práctica. Incluso, manifiesta la dificultad de evaluar las conductas de esparcimiento de las personas con discapacidad ya que el modelo se desarrolló con base en personas sin discapacidad. Sin embargo, expresa que la formulación, los elementos y los contenidos que componen este modelo, han demostrado ser útiles en el diseño de programas para diferentes grupos y en diferentes situaciones, como por ejemplo en asuntos de disciplina, de flexibilidad para dar respuesta a necesidades de diferentes colectivos y en temas como satisfacción, calidad de vida y autodeterminación.

El modelo de Habilidad para el Esparcimiento de Peterson y Gunn ha sido utilizado por los profesionales en RT durante más de dos décadas y continúa evolucionando a medida que la profesión sigue desarrollando su conocimiento sobre la conducta, necesidades y objetivos de las personas con alguna discapacidad o enfermedad, dentro del área de la Recreación.

### **2.5.2 Modelo de Protección y Promoción de la Salud de Austin**

La perspectiva de la R.T. se ha desplazado desde la enfermedad hacia la salud, lo que según Coyle y Temple, en Austin, Datillo y Mc. Cormik (2002) exige diferentes formas de abordarla.

El modelo de Protección y Promoción de la Salud de Austin, incluye en su teoría de base, componentes de salud y protección del bienestar, así como los de libertad, oportunidad de escoger y control, con los cuales las personas participantes se sienten con mayor progreso auto dirigido, impulsan la actualización en recreación, y se apoyan en los conceptos de motivación intrínseca y autodeterminación, como relatan las tendencias actuales. (Gruver 1994)

El concepto central de la R.T. bajo la óptica del modelo de Austin es la Salud. Su propósito es el restablecimiento de las amenazas de la salud (protección) y el de alcanzar un nivel de salud tan alto como sea posible (promoción), al utilizar las actividades recreativas (Austin, Datillo y Mc.Cormik, 2002), es decir, ayudar a las personas a alcanzar un nivel óptimo e integral de salud. Este modelo explicita que la asistencia médica debe ir más allá de buscar la ausencia de padecimientos físicos o mentales; se debe buscar un alto grado de bienestar, mediante tres conceptos básicos:

- *una perspectiva humanista*. Esta considera a los seres humanos bajo una visión holística y comprometidos activamente en interacción dinámica con su entorno, capaces de auto-actualizarse.
- *alto nivel de salud integral*. Este concepto, mencionado por Austin, Datillo y Mc. Cormik, (2002), es definido como una metodología de funcionamiento integral, orientado a maximizar el potencial del que son capaces las personas. Así, la noción de bienestar trasciende la función tradicional de la medicina de tratar la enfermedad, para ayudar a la gente a alcanzar un nivel de bienestar tan alto como su capacidad se lo permita. La óptima salud constituye un balance de salud física, emocional, social, espiritual e intelectual. La gente sana se adapta, puede manejar los factores estresantes de sus entornos. Para Austin (2004), el mayor nivel de bienestar se logra cuando se vive en un ambiente favorable y se disfruta al máximo de ese bienestar.

- *tendencias de estabilización y autorrealización*. Son factores motivacionales. La tendencia estabilizadora tiene que ver con el estado del individuo; concentra sus esfuerzos en evitar la enfermedad o el padecimiento. La tendencia auto realizadora, se centra en los esfuerzos de avanzar hacia un estado positivo de alto nivel de salud y bienestar (Austin, 2004).

Los tres componentes principales del modelo de Protección y Promoción de la Salud de Austin, son:

**1- las actividades normativas;** las que son un prerrequisito para restaurar la salud de aquellas personas que no están preparadas para la Recreación. Aquí las personas profesionales en R.T. proporcionan dirección y estructura en una atmósfera de apoyo, con el propósito de que la persona se llene de energía, ganen control y eviten la depresión. La actividad dentro de un ambiente de ayuda, genera sentimientos de éxito y de dominio.

**2- la recreación;** mediante la cual las personas se recrean o refrescan y la utilizan como un medio para sobrellevar las amenazas de la salud. Las personas empiezan a asumir mayor responsabilidad sobre sí mismas y practican un control creciente. Profesionales en R.T. se asocian con ellas en una colaboración terapéutica, con empatía y ayuda, animando a tomar tanto control como sean capaces de asumir.

**3- el esparcimiento;** implica la actividad libremente escogida e intrínsecamente motivadora, que conduce a la promoción de la salud. Según Austin (2004), el esparcimiento contiene los elementos de la motivación intrínseca, de la autodeterminación, el dominio y la competencia, lo que a su vez conduce a las personas a la auto-eficacia, empoderamiento, entusiasmo y disfrute.

La persona terapeuta en este modelo, ayuda a otras en la promoción de la salud y valora el derecho a buscar el mayor nivel de bienestar, más que a recuperarse de una enfermedad. La persona involucrada en éste modelo es activa; conforme avanza a hacia mayores niveles de bienestar, depende menos de profesionales.

Tal y como lo señala Austin (2004), una fortaleza de este modelo es que establece límites para la RT al conceptualizarla como una intervención dirigida a la mejora del bienestar,

protegiendo y promoviendo la salud, dentro de un fundamento teórico sólido, que guía la práctica, la investigación y la formación. Una limitación del modelo, es que no se puede aplicar en instituciones en las que la salud integral no sea el objetivo principal.

El modelo de Austin no es un producto terminado, es una herramienta en constante evolución, de la que el autor, espera que tanto profesionales como educadores puedan usar y adaptar a diferentes realidades, para mejorar continuamente la práctica, la investigación y la formación de especialistas en RT.

Las razones anotadas anteriormente y las necesidades y características particulares de la persona participante en el estudio, indujeron a la selección del modelo de ***Protección y Promoción de la Salud*** de Austin, para efectuar la intervención de ésta investigación.

# **METODOLOGÍA**

## **Capítulo 3**

### **METODOLOGÍA**

Se resume a continuación, el tipo de investigación, las variables que intervienen, generalidades sobre la persona participante en el estudio, los instrumentos de medición, el procedimiento del mismo y los correspondientes análisis.

#### **3.1 ESTUDIO**

El presente es un estudio de caso experimental con sujeto único, desarrollado con enfoque mixto de investigación, en el cual se integran procedimientos del enfoque cuantitativo con el enfoque cualitativo, para enriquecer los resultados del proceso investigativo, esto según lo planteado en Hernández et al (2003).

#### **3.2 VARIABLES**

La variable independiente es el modelo de intervención integral de Austin y la variable dependiente es la calidad de vida, en la que se considera: la movilidad funcional, la memoria, la autoestima, la depresión, el miedo y la soledad.

Se observa y evalúa la realidad, lo que genera ideas que fundamentan las suposiciones. Se comprueba los análisis y se cimentan nuevas ideas (conocimiento, teorías y resolución).

#### **3.3 SUJETO**

Mujer de 87 años de edad, con ceguera total adquirida, quien vive en su casa de habitación (no institucionalizada).

Desde 1995, la paciente comenzó con molestias en la vista, que le fueron tratadas con medicamentos, los que no surtieron efecto. Se le practicó cirugía en ambos ojos y perdió totalmente la visión, circunstancia que le provocó diferentes consecuencias en su salud integral.

La ceguera indujo a la paciente a problemas severos de movilidad, sobre todo de las extremidades inferiores, pues se sentía perdida en el espacio y expresaba mucho temor a caerse y fracturarse, optando por acostarse y sentarse en la cama, la casi totalidad del tiempo diario. Aunado a esta situación, se presentaba el problema de la infraestructura y funcionamiento del hogar, que no estaba en condiciones apropiadas para el desplazamiento y el desarrollo de una persona no vidente.

La condición de ceguera la hacía sentirse triste, muy desanimada y lloraba con frecuencia. Decía que en “*esta tremenda oscuridad, me siento muy sola, como con un vacío...*” Presentaba también dificultades para conciliar el sueño, sensación de inutilidad y poco interés de relacionarse con otras personas.

Los síntomas precitados perduraron por varios meses, lo que le causó dificultades en el funcionamiento del día a día, incidiendo en una pobre calidad de vida. De seguir en esta condición, apunta el médico tratante, la participante hubiese terminado inmóvil en una cama, con el desaliento como compañero de su diario vivir.

Para tratar el caso de ésta investigación, se definió que el modelo de práctica en Recreación Terapéutica llamado de *Protección y Promoción de la salud de Austin*, es el más adecuado, pues está basado en una perspectiva humanista que, según apunta Binkurst (2005) intenta poner especial énfasis en la dignidad y el valor de la persona humana, considerándola como un ser racional capaz de practicar el bien y encontrar la verdad.

Además, el modelo de *Protección y Promoción de la salud de Austin* incluye en su teoría de base, componentes de salud y protección del bienestar, promueve conceptos de libertad, oportunidad de escoger, control, auto-motivación, acción en familia y percepción de



esparcimiento, circunstancias vividas por la sujeto de estudio, previo a la ceguera. Además es un modelo apto para aplicar a una persona no institucionalizada.

### **3.4 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN**

Según Araya (2007), para el estudio de las conductas humanas se cuenta con diversos instrumentos y métodos de observación, que procuran garantizar la información, las fuentes de la misma y las diversas situaciones de la vida cotidiana.

Para el presente estudio, se confecciona una hoja de recolección de datos, en la que se anota la información necesaria para desarrollar la técnica de triangulación de resultados, considerando los test, las observaciones (conductas de la paciente y de miembros de su familia) y las respuestas a las entrevistas de la paciente y de las personas involucradas con su entorno (médicos, familiares, amigos).

Tanto para la valoración inicial como para la valoración intermedia y el post test, se utilizó los siguientes instrumentos:

#### **3.4.1 *The Senior Fitness Test para parámetros funcionales (Rikli y Jones, 2001) (Anexo No 5)***

Este valora la capacidad física y motriz necesaria para desarrollar normalmente las actividades de la vida diaria. Personas expertas reconocen que el buen nivel de condición física es muy importante a cualquier edad. Con el pasar de los años, cobra importancia la movilidad funcional; es decir, la capacidad física y motriz necesaria para desarrollar normalmente las actividades de la vida diaria, con independencia y sin mayor fatiga. El Senior Fitness Test (SFT) brinda un simple y económico método de evaluación de la capacidad funcional de personas entre los 60 y 90 años (Solano, 2002), que incluye parámetros de fuerza muscular, flexibilidad, agilidad y resistencia aeróbica.

Las pruebas realizadas son:

- sentarse y levantarse de la silla en 30 segundos, que mide la capacidad de subir escaleras, levantarse de una silla o salir de un carro.
- flexión y extensión de brazo con pesas de 5 libras (bíceps), por 30 segundos, necesaria para medir la capacidad de levantar y llevar cosas.
- resistencia aeróbica, que consiste en efectuar pasos completos en un lugar, elevando rodillas, por dos minutos.
- sentada en silla tocar punta de pie extendido, para evaluar la flexibilidad de miembros inferiores, que es importante para una buena postura y los patrones de marcha normal.
- tratar de juntar las manos en la espalda para evaluar la parte superior del cuerpo (hombro), que es importante para peinar el cabello, para ponerse prendas sobre la cabeza y para alcanzar el cinturón de seguridad, y
- la talla y el peso para determinar mediante una tabla de conversión, el índice de masa corporal, importante para la movilidad funcional.

No se realiza la prueba de equilibrio y agilidad dinámica pues la paciente es no vidente y tenía mucho miedo de desplazarse sola.

### **3.4.2 Escala de autoestima de Rosenberg (1965) (Anexo No 6)**

La prueba reporta:

*Confiabilidad:* consistencia interna mediante  $\alpha$  de Cronbach de 0.77 y de 0.88 (cit Blascovich & Tomaka, 1991) y por test-retest se reporta correlaciones de 0.85 y 0.82. El instrumento fue diseñado originalmente para medir los sentimientos globales sobre auto valía y auto aceptación. (Araya, 2007)

*Validez:* convergente (correlaciones de 0.65 con escalas de confianza, 0.39 con popularidad, 0.38 con auto concepto académico, 0.72 con la escala de autoestima de Lerner, entre otras) y discriminante (se reporta validez considerable). (Araya, 2007)

Escala: 4=Fuertemente de acuerdo, 3=De acuerdo, 2=En desacuerdo y 1=Fuertemente en desacuerdo.

Se aplica la versión de esta prueba, preparada por Araya (2003), en el sitio que la persona participante consideró más cómodo para ella (junto a la mesa de la cocina). Se le recordó que la información requerida se utilizaría para prepararle un programa de Recreación Terapéutica, que sería confidencial y que fuera muy honesta.

### **3.4.3 Perfil de estados anímicos (POMS) de McNair et al. (1971)(Anexo No 7)**

En la prueba de Poms, se utilizó la versión original de 65 ítems adaptada por Araya (2003), resaltado en color rojo los ítems que fueron utilizados, es decir, los correspondientes a depresión: 5 + 9 + 14 + 18 + 21 + 23 + 32 + 35 + 36 + 44 + 45 + 48 + 58 + 61 + 62.

Se trata de que la persona participante en el estudio, estuviese cómoda al momento de contestar el instrumento y se da una breve explicación sobre los sentimientos o estados anímicos.

### **3.4.4 Procedimiento de valoración de recuerdos (memoria auditiva)**

El instrumento usado en ésta variable fue el Test de Memoria de Krell (2003). Este autor asegura que la memoria humana cambia continuamente al exponerse a los diferentes estímulos, por eso es difícil medirla mediante un solo test.

En primer lugar se evalúa si había disminución o pérdida de la memoria, mediante la técnica de entrevista personal llamada *Historia de Vida*, (anexo 3) recomendada por Ballesteros (2005). Se incluye preguntas de memoria sensorial, memoria a corto y largo plazo y capacidad para recuperar lo que se busca en la memoria (equilibrio entre olvido y recuerdo). La veracidad de los resultados se comprueba con preguntas a familiares y amigos cercanos.

Se implementa, en segunda instancia, el test de medición del potencial de desarrollo de la memoria, utilizando del folklore social costarricense, rondas conocidas para la paciente (Arroz con leche) y desconocidas para ella (El cocherito Leré). También se implementa, del Folklore Literario costarricense, leyendas conocidas (La Llorona) y no conocidas para ella

(Las hormigas de Nandayure). Se considera que estas acciones recreativas tenía valor para la paciente y por lo tanto, más posibilidades de memorización, según apunta Krell (2003).

Se siguió el método de reconstrucción activa; es decir, no se limitó a la simple repetición pasiva, sino que se procuró perfeccionar el registro con movimientos de estabilidad y con acompañamientos de voz y de música.

#### ***3.4.5 Hojas de observación y cuestionamientos para miedo y soledad. (Anexo No 8)***

En primera instancia, según recomienda Araya (2003) se valora las conductas de: *-comunicación:* relativa a los componentes de soledad y miedo, considerando la expresión verbal y no verbal en tres diferentes contextos: con la familia cercana, con visitas de amigos y con la investigadora.

*-movimiento:* referente a cuándo y cómo se desplaza la sujeto y cuán consciente es de lo que hace. Se utiliza cámara fotográfica para constatar la situación de inicio, la media y la final.

En segunda instancia se valoró la intensidad con que se cumple o no los síntomas de soledad (social y emocional) y miedo.

#### ***3.4.6 Cuestionario para medir cómo se sentía la sujeto con respecto a la práctica de las actividades recreativas.***

Este cuestionario se basa en el documento: “Barreras que impiden la participación en actividades recreativas”, de Witt y Ellis (1989) traducido por Salazar Salas (2005)

- ¿Sabe Usted qué es Recreación?
- ¿Considera que la Recreación es un componente importante en la vida?
- ¿Qué beneficios tiene la práctica de actividades recreativas?
- ¿Qué recursos recreativos habían en su entorno? ¿Cuáles hay ahora?
- ¿Hacía algún tipo de planeamiento para recrearse?

- ¿Qué destrezas tiene para recrearse?
- ¿Sabe Usted que tipo de instalaciones hay para recrearse? ¿Cuáles ha utilizado?
- ¿Tiene dificultad para relacionarse con otras personas?
- ¿Quería o no decidirse a participar en actividades recreativas

### **3.5 PROCEDIMIENTOS**

En este apartado se explicita las acciones que se utilizan para desarrollar el trabajo de investigación, así como la metodología implementada. Se incluye el consentimiento de la persona participante y de sus familiares cercanos para realizar la práctica; la entrevista al médico tratante; el diagnóstico motor, socio-afectivo y de memoria; el tratamiento mediante la implementación del Modelo de Intervención en R.T. y el resultado de las mediciones del test intermedio y del post-test.

#### ***3.5.1 Consentimiento informado***

La persona participante en el estudio tiene cuatro hijos, tres de los cuales están muy cerca de ella, territorial y afectivamente. En primera instancia, se le presentó en forma oral al hijo menor, la posibilidad de realizar la presente investigación, quien se mostró muy interesado y avalaría las acciones si su madre y los otros dos hermanos estuviesen de acuerdo. Conversó con ellos y ella y mostraron interés y anuencia. Paso seguido, se le explicó con lujo de detalles a la persona participante en el estudio el posible programa a desarrollar, al que entusiasmada dio su aprobación. A los hijos se les presentó por escrito un resumen del modelo de intervención, dando el aval, siendo éste firmado por el hijo menor (Anexo 1).

Paralelo a la situación precitada, se conversó con el médico tratante, a quien se le explicó los objetivos del programa y las actividades a realizar con su paciente, consultándole su parecer, a lo que respondió que clínicamente ella no presentaba ningún impedimento para participar del tratamiento en RT, por el contrario podía ser de mucho beneficio pues la ceguera

recientemente adquirida podría inducirla a no moverse de la cama y entrar en severa depresión (Anexo 2).

### **3.5.2 Diagnóstico**

Se efectúa esta acción bajo los postulados del paradigma humanista que según Binkurst (2005), se refieren al estudio y promoción de los procesos integrales de la persona, en contextos tanto interpersonales como naturales, físicos, sociales, éticos y cognitivos, entre otros.

Las pruebas se desarrollan en la casa de habitación de la paciente. De inicio se utiliza el Senior Fitness Test, para parámetros funcionales (Rikli y Jones, 2001) con el propósito de valorar la capacidad física y motriz necesaria para desarrollar normalmente las actividades de la vida diaria. Se efectúa en la cocina, en el espacio entre una mesa y el desayunador, pues ahí la paciente se siente cómoda. Se le explica cada una de las pruebas y se le demuestra las mismas (tocaba las partes del cuerpo en movimiento, para confirmar la explicación)

La primera prueba realizada es sentarse y levantarse de la silla en 30 segundos. Sentada en la misma silla, efectúa flexión y extensión de brazo con pesas de 5 libras (hechas de botellas plásticas), por 30 segundos. Luego se procede con la prueba de resistencia aeróbica, que consiste en efectuar pasos completos frente a la mesa, elevando rodillas, por dos minutos. La paciente toma agua, descansa un par de minutos y de seguido, sentada en la silla, realiza la prueba de tocar la punta del pie derecho extendido, y luego la punta del pie izquierdo. Siempre sentada en la silla, ejecuta la prueba de tratar de juntar las manos en la espalda para evaluar la movilidad del hombro y se concluye con la talla y el peso para determinar, mediante una tabla de conversión, el índice de masa corporal.

Tres días después, se le aplica tres pruebas, explicándole en qué consiste cada una de ellas y qué objetivo se pretende alcanzar con su aplicación. Se le da una breve aclaración sobre los estados anímicos como situaciones normales y que las respuestas deben referirse a lo que está sintiendo en el preciso momento del diagnóstico. Se le recuerda que no hay más

personas en la casa, con el propósito de que responda con más tranquilidad. Se apaga radio, televisor y se coloca en silencio los teléfonos, con el objetivo de evitar distracciones. Se le recuerda que se debe anotar sus respuestas, agradeciéndole tiempo de espera entre una y otra. Se repite la preguntas de las pruebas cuantas veces fue necesario.

La primera prueba aplicada fue *La escala de autoestima de Rosenberg*, versión preparada por Araya (2003). La paciente responde sentada en una silla, junto a la mesa de la cocina. Se le pregunta sobre si se siente una persona importante, igual a todas las demás, con cualidades y habilidades de las cuales enorgullecerse o si por el contrario se siente fracasada, inútil y no muy buena persona. Responde fluidamente a todos los ítems.

La segunda prueba efectuada fue la de la *Variable depresión del perfil de estados anímicos (POMS)*, adaptada por Araya (2003). También la responde sentada en la silla, junto a la mesa de la cocina. Se le pregunta si se consideraba infeliz, triste, arrepentida, melancólica, sin esperanza, desamparada, desesperada y abandonada. Las respuestas se dan con fluidez limitada, interrumpidas en un par de ocasiones por el llanto.

La tercera y última prueba por ese día, fue la de *Valoración de recuerdos (memoria auditiva)* La paciente sigue sentada en la misma silla. Se evalúa si hay disminución o pérdida de la memoria, mediante la *Historia de Vida*, (anexo 3) con preguntas de memoria sensorial, memoria a corto y largo plazo y capacidad para recuperar lo que se busca en la memoria. Responde muy fluidamente la primera parte de la historia, con fluidez limitada la época de juventud y matrimonio y muy fluidamente los recuerdos más recientes. La veracidad de los resultados, se comprueba con preguntas a familiares y amigos cercanos, al finalizar la entrevista.

Dos días después de aplicadas las anteriores pruebas, se aplican las pruebas restantes explicándole de igual forma, en qué consiste cada una de ellas y qué objetivo se pretende alcanzar con su aplicación. Se le recuerda las circunstancias bajo las que se efectúan las pruebas (mismas anteriores) y se repite las preguntas de las pruebas cuantas veces fuese

necesario. Se sienta en ésta ocasión, en una silla al final de la mesa, para tener más posibilidades de movimiento y de interacción.

El primero en aplicarse fue el *test de medición del potencial de desarrollo de la memoria* (Krell, 2005). Se utilizan acciones recreativas que tengan valor para la paciente y métodos de reconstrucción activa. Se procura el perfeccionamiento del registro con movimientos, cantos y voces grabadas. Del folkllore social costarricense (Cerdas 2006) , recuerda y canta la ronda " Arroz con leche", luego se le canta y repite la ronda no conocida para ella "El cocherito Leré", acompañada de palmas. Del folkllore literario costarricense (Cerdas 2006), la sujeto recuerda la leyenda de "La Llorona " y luego escucha de un disco compacto, la leyenda no conocida para ella "Las hormigas de Nandayure", la cual trata de resumir al concluir la misma. En esta prueba la paciente muestra mucha satisfacción y expresa constantemente su deseo de no terminar.

Se continúa con la valoración de la *intensidad de los síntomas de soledad y miedo*. Se le pregunta si tiene miedo a personas, acontecimientos naturales o a reuniones, si tiene temor a que la critiquen o a moverse dentro y fuera de la casa. Se le pregunta también si se siente incomunicada, desamparada, con problemas para dormir, con dolores. Responde a todas las preguntas con tristeza y llanto intermitente.

Se concluye el diagnóstico con el cuestionario para medir cómo se siente la paciente con respecto a la práctica de las actividades recreativas, basado en el documento: "*Barreras que impiden la participación en actividades recreativas* ", de Witt y Ellis (1989) traducido por Salazar Salas (2005). Se le pregunta sobre qué es Recreación, su importancia para la vida, los recursos recreativos que recuerda de su entorno, en qué actividades recreativas participaba y en cuales le gustaría participar. Sus respuestas fueron fluidas y coherentes

Durante los tres días que se efectúa el diagnóstico, paralelamente se valora las conductas de: a)-comunicación, relativa a los componentes de soledad y miedo. Se considera la expresión verbal y no verbal en tres diferentes contextos: con su familia cercana, con visitas de amigos y con la investigadora y b) -movimiento, referente a cuándo y cómo se desplaza la



paciente y cuan consciente es de lo que hace. Se utiliza cámara fotográfica y hoja de anotaciones.

*Resultados generales del diagnóstico:*

1- *Senior Fitness Test*: todos los datos se ubican fuera del rango menor, exceptuando la prueba de pararse y sentarse, que estuvo muy cerca del rango menor, pero la participante la hace con ayuda (ella toca una mesa cercana para tenerla como referente). Los resultados ponen de manifiesto los problemas de movilidad que presenta la paciente, por lo que se incluyó en el plan remedial un área de movimiento.

2- *la escala de autoestima de Rosenberg*: los resultados se ubican en un cuadro, se colocan en rojo las respuestas interpretadas como negativas, las cuales fueron ocho de diez. Estos resultados indican que la participante tiene baja autoestima, por lo que se incluye acciones remediales para esta condición.

3- *la variable depresión del Perfil de Estados Anímicos (POMS)*: está compuesta por doce ítems. Las respuestas se ubican en un gráfico. La paciente dice sentirse infeliz, triste, melancólica y sin esperanza al extremo. Se muestra también muy arrepentida, desanimada, desalentada, desesperada y aterrorizada, razón por la cual se incluye en la programación, actividades tendientes a mejorar el estado depresivo que la participante evidenciaba en estos datos.

4- *la intensidad de los síntomas de soledad y miedo*: se anotan en una libreta, según criterios de familiares amigos y la investigadora; los apuntes diagnósticos muestran, sentimientos de soledad y miedo al entorno. También se implementa el test de Mariani (ver anexo 8) para miedo y soledad; se ubican los datos en un gráfico con el que se corrobora los resultados de los criterios anotados en la libreta, por lo cual se considera para la programación del plan remedial, acciones de índole social.

5- *la medición del potencial de desarrollo de la memoria*: se efectúa mediante la técnica de historia de vida y la asociación, la categorización y el recuerdo de actividades del folklore oral.

Tanto su memoria corta como larga, muestran muy buenas condiciones, por lo que las actividades del programa se circunscriben a mantenerla y mejorarla.

6- se concluye con el *cuestionario sobre Recreación* y su importancia: se realiza preguntas abiertas sobre la definición, beneficios y actividades recreativas. Las respuestas muestran desconocimiento, por lo que se incluye la enseñanza de estos temas al inicio del programa y una retroalimentación constante durante todo el proceso.

### **3.5.3 Tratamiento**

En este caso particular, el modelo de *Protección y Promoción de la Salud* de Austin (2005) tiene como propósito fundamental, ayudar a la paciente a recuperarse tras las consecuencias de la ceguera adquirida, las que están amenazando su salud. Se procura lograr un alto nivel de calidad de vida, mediante la utilización de actividades recreativas.

Se considera los cuatro aspectos principales que subyacen en el modelo, para implementar el tratamiento: la perspectiva humanista, la salud integral, la estabilización y la autorrealización, además de que, como se expresó anteriormente, estos aspectos promueven conceptos de libertad, oportunidad de escoger, control, auto-motivación, acción en familia y percepción de esparcimiento.

#### **1) Parte Inicial:** (prescripción)

En esta fase del tratamiento se adecua el entorno estructural, se proporciona orientación a la paciente y a su familia cercana y se prescribe actividades tendientes a estabilizarla, ya que experimenta una deteriorada salud integral, en un ambiente no favorable para una persona mayor, que recientemente pierde la vista.

#### *Sobre el entorno* (anexo No 4)

Se inicia colocando tubos horizontales firmes, a la altura del codo de la paciente y a un ancho fácil de asir para ella. El primero de ellos se coloca en la pared del pasillo que está

ubicado entre la salida de su habitación y el cuarto de baño; el segundo se ubica frente al servicio sanitario, llegando hasta la ducha, el tercero y cuarto en las paredes laterales de la ducha.

En el cuarto de baño se mantuvo la ubicación de cepillo y pasta dental, jabón y paño de manos. Se coloca una bolsita en el tubo frente al sanitario, con jabón de baño y champú, así como una cortina de plástico grueso entre el sanitario y el baño. Se coloca alfombras antideslizantes al entrar al baño y dentro de la pileta. Se sugiere silla bajo la ducha, pero la paciente prefiere bañarse de pie "agarradita", pues es su costumbre. Esta acción pretende facilitarle el desplazamiento hacia un área de utilización frecuente y evitar el uso de la bacinilla.

Se continúa organizando la habitación, achicándola un poco. Se forma un cuadrado con los muebles que ella había utilizado siempre:

- a) la cama se mantiene junto a la pared en donde se encuentra la ventana. Sobre ésta se coloca las cobijas dobladas en la esquina superior; el rosario, un monedero y pañuelito de mano bajo la almohada; un radio sintonizando en Radio FIDES a media cama, asegurado contra la pared, unas manoplas para masajes y una "almohada abuelita" para descansar la espalda cuando se sienta (se corre a los pies de la cama para dormir). En la banquina de la ventana, que se encuentra a su alcance, se coloca una manita de madera suave con mango largo para rascarse la espalda, una lima de uñas, un ungüento *cura mil* y la crema de rosas.
- b) un pequeño estante, asegurado contra la pared frente a la cama. En la parte superior se ubica los adornos que acostumbraba usar en la habitación y en la segunda gaveta las sábanas, fundas, paños y otras cobijas.
- c) junto al estante, terminando de formar una *L* con la cama, se ubica una mesita con una silla al lado. En su parte superior se coloca las cremas, perfumes y cepillos de pelo y bajo ésta, una caja de cartón con las imágenes del nacimiento de Jesús. En la época navideña, es en esta mesa donde se "hace el portal".
- d) frente a la mesa, atravesando la habitación, se encuentra la puerta; entre ésta y la cabecera de la cama, se coloca otro estante asegurado a la pared. En la parte superior se encuentra el teléfono, una imagen del Niño Jesús y las medicinas que debe tomar, ubicadas en

recipientes de plástico en fila junto a la pared, de forma tal que la primera es la que se toma por la mañana y así sucesivamente. La parte externa del mueble queda vacía para que la sujeto tenga opción de sostenerse cuando se levanta o bien cuando sale del cuarto. En la zona intermedia del estante, acomodada según funcionalidad para la paciente, se coloca el paño y la ropa que usará durante la semana, tanto de dormir, interior, como de diario y abrigo. En la parte inferior se encuentran los zapatos y pantuflas. Este mueble no tiene gavetas ni puertas, para facilitarle la acción.

- e) cerrando el cuadrado, se coloca el armario tradicional (con todas sus pertenencias) que hace las veces de pared entre la mesa y el estante del teléfono, pero se deja espacio considerable para el acceso a la habitación. Tras este armario se ubica una cama y un mueble pequeño para uno de sus hijos que la acompaña de noche.

En el pasillo entre la pared externa de la habitación de la paciente y el comedor, se organiza un espacio de estar, con un televisor en el fondo, sintonizado en el canal católico; una mesita pequeña, asegurada a la pared izquierda frente al televisor, con juegos de mesa apropiados para no videntes, un sillón individual frente a la mesita y el control remoto del televisor en uno de los descansa brazos. El sillón se ubica entre la habitación y el comedor, asegurado contra la pared izquierda, de manera tal que haya espacio para ingresar al área de estar y que el respaldar del mismo funcione como auxiliar, para que se traslade de la puerta de su habitación a la puerta del comedor.

La cortina de bambú ubicada en el marco de ingreso al comedor, le sirve de indicador a la paciente. El comedor está formado por una mesa rectangular (cuyo extremo posterior está asegurado a la pared) y cuatro sillas; la silla anterior se mantiene asegurada a la mesa, para que sirva de apoyo en el traslado a la silla lateral derecha, la cual se acondiciona con un almohadón, para que sea la que la paciente utilice; esta silla se ubica entre la mesa y el desayunador (moledero). En el lateral izquierdo de la mesa, se encuentran las otras dos sillas, para familiares y visitas.

En el centro de la mesa del comedor, organizados en fila, se coloca la canasta del pan, las servilletas, la botella con el agua y el termo con el té. En el espacio de la paciente, se ubica

su mantel individual grande, de material plástico grueso, con una servilleta, una cuchara y una taza plástica en el extremo derecho.

Tanto en el cuarto de pilas como en la cocina, los cambios fueron menores, solamente eliminando utensilios que pudiesen quebrarse o que presentasen peligro para la integridad de la persona participante en este estudio. También se ubicó en el moledero un radio de baterías, los limpiones y trapos para sacudir.

Se acondicionó una salita en el recibidor, pero no la ha utilizado pues aduce que no quiere que la vean quienes pasan por la calle (tiene un enrejado y no pared frontal).

Estas adecuaciones estructurales permiten a la paciente, tener al alcance de su mano, los implementos por utilizar a diario y mantenerse en contacto con muebles conocidos, colocados según su recuerdo, de tal forma que le faciliten la ubicación espacial, el levantarse de la cama, el desplazamiento entre la habitación, el bañarse, el trasladarse hacia otros aposentos de la casa y desenvolverse con acierto en los mismos.

#### *Sobre la orientación*

Se conversa con la paciente y su familia, sobre lo que apunta Austin (2005) al respecto, que cuando la enfermedad es detectada, -como en el presente caso, la ceguera irreversible-, la persona suele ser absorbida por la discapacidad. Se retira de las actividades de la vida diaria y experimenta una pérdida de control sobre su vida. Las personas, en momentos de amenaza para la salud, no están listas para recrearse. Es entonces que la actividad se convierte en un requisito necesario para obtener el control de la situación y superar los sentimientos de impotencia y depresión, es decir, se hace necesario incentivarle para que no sea víctima pasiva de sus circunstancias, sino que más bien luche por la restauración de su salud integral.

Se confecciona un instructivo que se coloca a la entrada al comedor (anexo No 9), donde se recuerda a familiares y visitas, hablar fuerte y despacio, indicar quien ingresa y quien sale, a qué parte de la casa se dirige, que actividades se van a hacer; es decir, mantener

informada a la paciente sobre el acontecer diario, con el propósito de no asustarla y de que ella se sienta más segura en el entorno.

Luego de finalizada la organización estructural, durante cinco días de una semana, se guía a la paciente por cada uno de los aposentos de la casa, repasando lugares y condiciones, con el objetivo de que memorice el entorno.

Al término de este período, se procede a explicar en resumen a la paciente y a sus familiares cercanos, los bajos resultados obtenidos de las pruebas del pretest y las posibilidades de mejoramiento integral, si se sigue el Modelo de Intervención en Recreación Terapéutica, a lo que estuvieron muy anuentes.

#### *Actividad recomendada*

Mediante las actividades prescritas, se trata de estimular la memoria, de minimizar el miedo y la soledad y de mejorar la autoestima valiéndose del movimiento; es decir, se procura que la paciente pueda dar pasos completos; que le sea factible levantarse de la cama y de las sillas de su casa con mayor facilidad; que pueda transportar objetos al baño o al comedor; que, estando sentada en la cama o la silla, alcance objetos del suelo y que las acciones de peinarse y mudarse no le sean dificultosas. Para el efecto, se le recuerda los beneficios de la recreación y se le insta a que se divierta, a ser constante y a que trate de cambiar su actitud de víctima por ella misma.

En esta parte de la intervención se le brinda apoyo y guía a la paciente y se le ofrece desarrollar varios temas de los cuales selecciona los que tuviesen música y también de hacer “*alguito de la casa*”.

Como insumo programático I se utiliza *Actividad Física*, la que, según Phillips, Kiernan y King en Austin (2004), es cualquier movimiento corporal producido por la contracción del músculo esquelético, que aumenta el gasto de energía por encima del nivel basal. Específicamente se desarrolla temas de la Gimnasia Rítmica Formativa como secuencias de movimiento con música, así como labores de hogar (sacudir).

- **Secuencia 1.** Se utiliza música que la paciente reconozca, se realiza el movimiento siguiendo cuentas de 8 tiempos (contar hasta 8 intercalando mil... mil uno, mil dos...). La secuencia se efectúa los lunes, martes, jueves y viernes. Se realiza en el cuarto, con alguna compañía, al levantarse o al acostarse (son los momentos en los que alguno de sus hijos le acompaña).

- a) caminar en el cuarto, de la cama a los estantes.
- b) estiramiento de piernas, tronco, brazos y cuello, sentada en la cama
- c) marcha estacionaria, tomada de un estante
- d) flexiones y extensiones de brazos, con una botella de plástico con arena, sentada en la cama.
- e) balanceos de brazos y de piernas, tomada de un estante.
- f) Aflojar cuello, brazos, tronco y piernas (relajar)
- g) recordar en voz alta, los ejercicios que realiza y comentarle a quien le acompaña, cómo se siente (ésta persona anota en una hoja).

- **Secuencia 2.** Al igual que la anterior, esta secuencia se desarrolla al compás de una pieza musical, con 8 repeticiones para cada movimiento. Se realiza los días lunes, martes, jueves y viernes. Se inicia la misma en el segundo mes pues la secuencia anterior se le torna de fácil ejecución y recuerdo. Se realiza en el comedor, a cualquier hora y con alguna compañía al inicio, luego la paciente la hace sola.

- a) aducción y abducción de brazo izquierdo y luego el derecho. Tomada del moledero y la mesa
- b) dos pasos hacia delante, dos hacia atrás y se repite. Tomada del moledero y la mesa.
- c) se para y se sienta en la silla, dos veces, tomada del moledero y la mesa.
- d) pararse en extensión y sentarse en la silla, con flexión de brazos
- e) aflojar sentada en la silla (movimientos de relajamiento)
- f) recordar en voz alta, los movimientos que realiza y si es posible, las piezas musicales que escucha. Comentarios a quien le acompaña en la noche, qué hace y cómo se siente.

- *Labores de hogar*. Se realizan con fondo musical de la radio, los días miércoles por la mañana. Se efectúan una semana en la habitación (I) y otra semana en el comedor y cocina (II).

I-

- a) sacudir el estante del teléfono (sentada y de pie)
- b) sacudir el armarito de los adornos (sentada y de pie)
- c) sacudir la mesa del portal (sentada)
- d) lavar el trapo en el fregadero y colgarlo en una esquina

II-

- a) sacudir la mesa del comedor
- b) sacudir el moledero
- c) limpiar el fregadero
- d) lavar el trapo en el fregadero y colgarlo en una esquina

De insumo programático 2 se utiliza *Pasatiempos*, por realizar en el momento en el que la paciente sintiese deseos de hacerlo.

1- En el comedor, específicamente en el " moledero ", se coloca:

- a) un radio de baterías sintonizado en Radio FIDES, en el que escucha música y programas fijos seleccionados por ella, como " La Misericordia " a las 3 p.m. y el Santo Rosario a las 6 p.m.
- b) una caja con café en grano, que uno de sus hijos recolecta de una mata de café que hay en el jardín de la casa. Luego de que los familiares lo han descascarado, limpiado y secado, la paciente lo pela y coloca en un recipiente para que lo lleven a moler. Es el café que se usa en su casa
- c) una caja con plastilina con la que moldea figuras. Guarda las figuras en la misma caja y cuando ha usado todo el material, lo exhibe sobre el televisor.

2- En la salita de estar, se coloca:

- a) el televisor, el cual ella prende, apaga y sintoniza con el aparato de control remoto que se encuentra en el sillón. Escucha música, noticias y programas católicos.



b) un rompecabezas de espuma y un juego de cuentas, sobre la mesita que está junto al sillón, que utiliza ocasionalmente.

3- En la habitación, específicamente en la cama, se colocó:

a) un radio sintonizado en radio FIDES, donde escucha música, charlas y programas fijos como la misa a las 7 p.m.

b) aparatos manuales para masajes (esponjas, rodillos), que utiliza ocasionalmente

c) crema de rosas y lima de uñas en la banquina de la ventana, que utiliza también ocasionalmente.

Como insumo programático 3 se utiliza *Actividades Sociales*, las que se efectúan en fechas programadas para que algún familiar o bien la muchacha de la limpieza pudiese abrir la puerta y colaborara con la atención. La paciente, no tenía conocimiento de ésta programación, para no generarle frustración en caso de que alguna persona no pudiese asistir; se le comunicaba la visita, cuando ésta hubiese confirmado, para que se preparara para atenderla.

a) visitas de amigas y familiares

b) visitas de representantes de la parroquia, los días viernes y

c) actividades ocasionales como hacer el portal, el rezo del Niño, celebración de cumpleaños, altar de Semana Santa, día de la Madre.

Este rubro se limitó a la casa pues la paciente no deseaba salir.

De insumo programático 4 se utiliza *Actividades cognitivas*, a efectuarse cualquier día de la semana y en cualquier momento en el que hubiese compañía de familia o amistades. Se coloca una libreta de apuntes y un lápiz, en la mesita del cuarto, para que quien estuviese con ella anote las anécdotas expresadas; luego estas se corroboraban con la Historia de Vida o bien se anexan a ésta, en caso de que fuesen nuevas y se comprueba el recuerdo o aprendizaje de las rondas.

a) Repaso de diferentes etapas de la Historia de Vida.

b) Rondas conocidas (Arroz con Leche y Los Pollos de mi Cazuela) y la incorporación de dos nuevas (El Cocherito Leré y En un Bosque de la China)

Poco antes de finalizar ésta parte inicial, la paciente comprueba que la señora que le ayuda con los quehaceres de la casa, le está robando, razón por la cual la separan del cargo. Esta circunstancia afecta mucho el programa; la paciente se muestra triste y llorosa, al llegar visitas no había quien abriera la puerta y no se contaba con quien hiciera la limpieza y preparara los alimentos. Dos hijos y dos nietos, se dividieron la asistencia, hasta que consiguieron una vecina que, por lo menos, le lleva el almuerzo y la acompañara al medio día.

En esta parte del tratamiento, se trata de estabilizar a la paciente mediante estímulo integral y de, paulatinamente, generarle independencia. Tiene una duración de dos meses, al final de los cuales se efectúa un test intermedio.

*Síntesis general del proceso seguido en la parte inicial:*

En la parte Inicial o de **prescripción** se confecciona el plan de acción, para el que se considera los resultados del diagnóstico y las condiciones de la vivienda. Luego de adecuar el entorno a las necesidades de la paciente, se inicia el programa con los contenidos de:

a) actividad física (dos secuencias de Gimnasia Rítmica y una de labores de hogar). Se anota la evolución del aprendizaje tanto memorístico como muscular y el mejoramiento de la capacidad de movimiento.

b) pasatiempos (programas radiales y televisivos, limpiar café, plastilina, rompecabezas, auto masaje). Se anota sobre la capacidad para utilizar el tiempo libre. Este rubro se ve afectado al despedir a la muchacha que ayudaba en la casa, por robo, pues no se contaba con quien colaborara con los registros.

c) actividades sociales (visitas y actividades ocasionales como Rezo del Niño) La muchacha de la limpieza abría la puerta, atendía a las visitas y anotaba las reacciones de la paciente. Al igual que el punto anterior, no hubo quien colaborara ni anotara en los registros.

y d) actividades cognitivas (repaso de la Historia de vida y de rondas costarricenses). Se incluye especificaciones en diversos pasajes de la Historia de Vida y se anota sobre el recuerdo de las rondas.

## **2- Parte Intermedia** (recreación)

En esta fase del tratamiento, las actividades recreativas se tornan más que un simple componente. Para Austin (2005), éstas están ligadas a la restauración y al refrescamiento de la mente, del cuerpo y del espíritu de las personas participantes.

Se coloca un almohadón mas en el respaldar de la silla del comedor, que la paciente utiliza y dos más en el sillón del espacio de estar, para procurarle mayor comodidad. En una olla bajo la cama, se coloca una botella con agua (evita que ruede), para que se hidrate durante o al final de la actividad física.

La relación entre quien dirige la terapia y la paciente es más cercana, pero, a diferencia de la etapa anterior, la paciente selecciona las actividades recreativas, con base en las habilidades, gustos y necesidades que ella misma experimenta.

Se adecua el programa a la circunstancia de la falta de empleada doméstica, especialmente en los insumos cognitivos y sociales y se trata de fortalecer más la parte afectiva.

### *Actividades desarrolladas*

Al consultar a la paciente sobre las actividades recreativas que se iban a realizar en esta etapa, menciona que le gusta hacer algo que la haga reír bastante, por lo que se le ofrece la posibilidad de incluir el componente *Humor*, el cual, según Zweyer et al., mencionado en Carbelo (2005) fomenta el buen ánimo que ayuda a sobrellevar una enfermedad o a prevenir una depresión.

De insumo programático **I**, se incluye *el Humor*:

a) escucha el programa " Pelando el ojo " en Radio Monumental. La frecuencia se encuentra sobre Radio FIDES, por lo tanto le es fácil encontrarla.

b) se incluye en el instructivo colocado en el comedor, la sugerencia de contarle chistes o situaciones graciosas, cuando fuese del caso.

La paciente decide, continuar haciendo " ejercicios ", y algo " bailadito ", recuerda al mismo tiempo que le gustaba bailar de joven. También solicita continuar sacudiendo los miércoles pues se siente bien haciendo " alguito " para la casa, por lo que se le compró limpiadores nuevos.

De insumo programático **II**, se utiliza *Actividad Física*. Se desarrolla temas de la Gimnasia Rítmica Formativa, de Baile Popular, así como labores de hogar (sacudir). La persona que duerme con ella, le pregunta ¿qué actividad hizo?, cómo se sintió haciéndola? y si fuese posible, ¿qué música escuchó?. Lo anota en la libreta para cotejarlo semanalmente, con las anotaciones de recuerdo y memoria.

- Secuencia 1. Cuentas de 8 tiempos: lunes, martes, jueves y viernes. Se realiza, bien sea en el cuarto o en el comedor, en el momento que deseara hacerlos.

a) caminar 8 pasos en una dirección y 8 pasos en retroceso.

b) sentada, estiramiento de piernas, tronco, brazos y cuello

c) tomada de un mueble fijo, marcha estacionaria.

d) sentada, flexiones y extensiones de brazos, con una botella de plástico con arena, en cada mano.

e) tomada de un mueble fijo, aducción y abducción de brazo izquierdo y luego el derecho.

f) tomada de un mueble fijo, dos pasos hacia delante, dos hacia atrás y se repite.

g) pararse en extensión y sentarse con flexión de brazos

e) sentada, aflojar.

- Secuencia 2. Cuentas de 8 tiempos: lunes, martes, jueves y viernes. Se realiza tomada del tubo que se encuentra en el pasillo, se puede efectuar a cualquier hora y con alguna compañía al inicio. Se le recomienda combinar los siguientes movimientos:

a) tomada con ambas manos del tubo, realizar pasos en forma lateral, alternando lados.

b) tomada con ambas manos del tubo, extensión de pierna al frente, apoyando el talón, alternadamente.

c) tomada con una mano del tubo, pasitos en semicírculo, por la derecha y por la izquierda, alternadamente.

d) sentarse en algún lugar de preferencia y aflojar.

- Labores de hogar, con fondo musical de la radio: miércoles a la hora que le convenga. Se realiza una semana en la habitación y otra semana en el comedor y cocina. Los trapos de sacudir se encuentran al final de fregadero.

1- a) sacudir el estante del teléfono (sentada y de pie)

b) sacudir el armarito de los adornos (sentada)

c) sacudir la mesa del portal (sentada)

d) lavar el trapo en el fregadero y colgarlo en una esquina.

2- a) sacudir la mesa del comedor

b) sacudir el moledero

c) limpiar el fregadero

d) lavar el trapo en el fregadero y colgarlo en una esquina

De insumo programático **III**, la sujeto decide utilizar *Pasatiempos*, pero sin limpiar café pues se terminó la cosecha y sin el juego de cuentas ya que expresa " me lo sé de memoria " Estas actividades se realizan en el momento en el que la sujeto, sintiese deseos de hacerlo.

1- En el moledero del comedor:

a) se mantiene el radio de baterías sintonizado en Radio FIDES en el que escucha música y programas seleccionados por ella, como la Hora Santa y el Santo Rosario y

b) se coloca una caja con medias rotas, dos agujas grandes enhebradas, prensadas en un cartón. Esta labor la realiza hasta que se termine el hilo enhebrado o hasta que ella lo deseé.

2- En la salita de estar:

a) se mantiene el televisor, el cual la paciente prende, apaga y sintoniza con el aparato de control remoto que se encuentra en el sillón. Escucha música, noticias y programas católicos.

b) se cambia el rompecabezas por la caja con plastilina, colocada sobre la mesita que está junto al sillón, con la que moldea figuras. Guarda las figuras en la misma caja y cuando ha usado todo el material, lo exhibe sobre el televisor.

3- En la habitación, específicamente en la cama, se mantuvo:

- a) el radio sintonizado en FIDES, donde escucha música, charlas y programas fijos como la misa a las 7 p.m.
- b) los aparatos manuales para masajes, que utiliza ocasionalmente y
- c) la crema de rosas y lima de uñas en la banquina de la ventana, que utiliza también ocasionalmente.

De insumo programático **IV**, la paciente mantuvo las *Actividades Sociales*, pero avisadas con tiempo y preferiblemente los fines de semana, para que algún familiar pudiese abrir la puerta y colaborara con la atención.

- a) visitas de amigas y familiares
- b) visitas de representantes de la parroquia, se pasó para los días sábados y
- c) actividades ocasionales como cumpleaños y confección de altar de Semana Santa.

Este rubro continua limitado a la casa pues la paciente aún no desea salir de ella.

De insumo programático **V** se utilizó *Actividades cognitivas*, las que se efectúan cualquier día de la semana y en cualquier momento en el que hubiese compañía de familia o amistades. Se coloca en la mesita del cuarto, la misma libreta de apuntes utilizada en la etapa anterior, para que quien estuviese con ella anote las anécdotas expresadas.

- a) Repaso de diferentes etapas de la Historia de Vida, incluyendo actividades recreativas que acostumbraba hacer.
- b) Leyendas conocidas (La Llorona, La Següa) y la incorporación de una nueva (Las hormigas de Nandayure)

Esta etapa tuvo una duración aproximada de dos meses, al cabo de los cuales se realiza un test intermedio. Se brinda a la paciente sugerencias para la selección de actividades, no imposiciones y, a la vez, una retroalimentación positiva, procurando que recuperara su equilibrio, que experimentara sentimientos de dominio, de logro y que se divirtiera mientras vivía nuevas experiencias.

*Síntesis general del proceso seguido en la parte intermedia:*

En la parte intermedia o de **recreación**, se organiza las actividades en conjunto con la paciente. Se incluye los temas de:

- a) humor (escucha programa radial de humor y le cuentan anécdotas graciosas). Sus hijos o las personas que le visitan, anotan en la libreta las reacciones a estas experiencias.
- b) actividad física (gimnasia y baile) Quien duerme con ella, le pregunta ¿qué actividad hizo, cómo se sintió haciéndola y si fuese posible, qué música escuchó en la radio, al hacer la gimnasia? Lo anota en la libreta para cotejarlo semanalmente. Se aplica también el Senior Fitness Test y se ubica los resultados en el cuadro 1, comparándolos con el diagnóstico.
- c) labores de hogar, con fondo musical de la radio. Al igual que el punto anterior, quien dormía con ella, le pregunta ¿qué actividad hizo, cómo se siente haciéndola y si fuese posible, qué música escuchó? Lo anota en la libreta para cotejarlo semanalmente.
- d) pasatiempos (escuchar TV y radio, coser, plastilina y masajes). Se anota según lineamientos del punto anterior.
- e) actividades sociales (visitas y actividades ocasionales (altar Semana Santa)). La persona que le visita, anotaba su parecer o bien quien le acompaña por la noche, hace anotaciones luego de conversar al respecto. Mantiene su deseo de no salir de la casa.
- f) actividades cognitivas que están muy relacionadas con las sociales pues comenta aspectos de su Historia de vida o bien repasa las leyendas practicadas. Se hace anotaciones en la libreta.

Esta etapa tiene una duración aproximada de dos meses, al cabo de los cuales se realiza un test intermedio con las mismas variables del diagnóstico, datos que se colocan en cuadros y gráficos junto a la evaluación diagnóstica.

### **3- Parte Final** (esparcimiento)

En esta fase del tratamiento se estimula la autorrealización pues se le ofrece a la persona participante, la oportunidad de desarrollarse, al utilizar sus habilidades para afrontar retos. La paciente se siente motivada a elegir las actividades y lo hace en forma libre.

*Actividades desarrolladas*

I- La paciente selecciona en primera instancia, el tema de *Actividad Física*, al que ella llama *ejercicios y baile*. Conformando la siguiente secuencia:

- 1- caminar alrededor de la mesa del comedor y también del comedor al cuarto y devolverse.
- 2- sentada en la cama o en la silla del comedor, estirar el cuello, los brazos y las piernas.
- 3- marchar en un lugar, agarrada de la mesa o del tubo
- 4- pasos para adelante, para atrás y para los lados, agarrada de la mesa o del tubo.
- 5- aflojar en la silla del comedor o en la cama.

Estas actividades las realiza todos los días, en el momento que lo desee, en el lugar que se sienta más confortable y con música de fondo. Ocasionalmente usa pesas en los ejercicios de brazos.

II- De *labores de hogar*, continúa sacudiendo en su cuarto, limpiando el moledero y la mesa de la cocina, lavando su ropa interior y disponiendo la ropa por utilizar, por lo menos una vez por semana.

No se incluye éste rubro en el de *Actividad Física*, como se hizo en las etapas anteriores, pues la participante considera que "es como el trabajo de antes". Esta posición concuerda con la de Marx, mencionado por Sylvester, 1999, en Salazar Salas (2005), en la que se diferencia el tiempo libre del trabajo, aún cuando este último sea creativo y produzca satisfacción.

III- Otro tema que la paciente selecciona, es *Pasatiempos*, específicamente los programas radiales religiosos y en menor medida los cómicos y noticiosos.

Cuando sienta que es necesario, utiliza las cremas del cuerpo y la cara, las limas de uñas y de callos y los aparatos masajeadores.

Confecciona figuras en plastilina, solo cuando está muy aburrada.

IV- Las *actividades sociales y cognitivas*, las considera un solo rubro de acción y toma la decisión de mantener las visitas de amigas y familiares, con aviso anticipado para que "alguien" colabore con abrir la puerta. Solicita que le dejen algo de comer y de tomar listo, para que ella misma pueda atender a las visitas.



Durante las conversaciones con las personas que la visitan, intercala pasajes de su vida y anécdotas que recuerda de las rondas y leyendas.

Incluye las llamadas telefónicas ocasionales, a familiares cercanos, actividad que en las etapas anteriores, no quiso efectuar.

Las personas que más frecuentemente están con ella, anotan en la libreta de apuntes, las reacciones que muestra ante la práctica del programa escogido por ella misma.

Estas experiencias la hicieron sentirse competente y con dominio, produciéndole sentimientos de auto eficacia y disfrute. Tomó la responsabilidad para cambiar, y sintió que fueron acertadas decisiones pues puede interactuar mejor con el medio (su nuevo mundo) tiene una nueva filosofía y nuevos modos de comportamiento. Se sentía muy motivada porque había mejorado su competencia y autonomía. La investigadora, solo ofrece soporte y retroalimentación positiva.

*Síntesis general del proceso seguido en la parte final:*

En la parte final o de **esparcimiento**, la persona investigada eligió las actividades, incluyendo las siguientes:

a) secuencia de ejercicios y baile. Su hijo menor, anota en la libreta las respuestas expresadas por la paciente, a las preguntas de ¿qué hizo hoy? ¿A qué hora lo hizo? ¿Usó las pesas? ¿Cómo se sintió? ¿Qué música recuerda? También se anota la apreciación de la persona que le acompaña.

b) sacudir y lavar ropa como parte del trabajo semanal. Se anota en la libreta las respuestas a ¿qué trabajo hizo hoy? ¿Lo terminó? ¿Cómo se sintió?

c) pasatiempos (programas en radio y TV, masajes y plastilina). Se anota en la libreta las respuestas a preguntas como las anteriores y las apreciaciones de quien acompaña a la paciente.

d) visitas, conversaciones y llamadas. Las preguntas incluyen aspectos sociales y cognitivos y al igual que en los rubros anteriores, se anota opiniones de quien acompaña a la participante.

Luego de dos meses de práctica, se efectúa la post prueba, en la cual se incluye los mismos ítems que en el diagnóstico y que en el test intermedio. Los datos se colocaron en tablas, cuadro y gráficos, junto a los otros valores

### **3.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

La información se recopila según etapas del modelo aplicado, a saber: inicial o de prescripción, intermedio o de recreación y de cierre o de esparcimiento.

El reconocimiento de la vivienda de la paciente mostró que la misma no se encuentra en condiciones apropiadas para una persona no vidente. Luego de adecuar el entorno a las necesidades de la participante, se inicia el diagnóstico.

La mayoría de las pruebas diagnósticas revelaron resultados por debajo del límite inferior o fuera del rango menor de las mismas, tal es el caso del Senior Fitness Test, que manifiesta problemas de la paciente en el área de movilidad, sobre todo para participar normalmente en las actividades de la vida diaria. En la libreta de apuntes aportados por familiares y amigos de la paciente y por la investigadora, se pone de manifiesto que la participante se desplaza ayudada por algún miembro de la familia.

Tanto, los resultados diagnósticos de la escala de autoestima de Rosenberg, como los de la variable Depresión del Perfil de Estados Anímicos (POMS), mostraron altos porcentajes negativos, los que pusieron de manifiesto la baja autoestima y los síntomas de depresión, de la persona participante en el estudio. De igual forma, al confrontar los resultados del test de Mariani para miedo y soledad, con los apuntes de la libreta, se explicitan porcentajes negativos en cuanto a soledad y miedo al entorno.

Las razones apuntadas anteriormente, pusieron de manifiesto la necesidad de incluir en el plan remedial, actividades físicas y motrices, acciones afectivas, espirituales y de índole social.

Por el contrario, los resultados de la medición del Potencial de Desarrollo de la Memoria, tanto corta como larga, muestran muy buenas condiciones, por lo que las actividades del programa se circunscriben a mantenerla y mejorarla.

Se concluye el diagnóstico, con el cuestionario sobre Recreación y su importancia. Las respuestas muestran desconocimiento sobre definición y beneficios de la Recreación y también sobre tipos de actividades recreativas, por lo que se incluye la enseñanza de éstos temas al inicio del programa y una retroalimentación constante durante todo el proceso.

Durante la parte Inicial o de **prescripción** se anota la evolución del aprendizaje tanto memorístico como muscular y el mejoramiento de la capacidad de movimiento, de igual forma se anota sobre la capacidad para utilizar el tiempo libre. Este rubro se vio interrumpido por el despido de la persona que ayudaba en la casa, quien fungía como colaboradora en las acciones sociales y en los registros, lo que se subsanó más adelante, con adecuaciones en las actividades y con la participación más activa de los miembros cercanos de la familia.

Al finalizar la parte Intermedia o de **recreación** del modelo de intervención, se aplica una valoración intermedia, triangulando las anotaciones hechas en la libreta, bien sea por familiares o amigos de la paciente, como por la investigadora, con los resultados de los test.

Los datos ponen de manifiesto mejoría en las pruebas de movilidad, al ubicarse los resultados dentro de los límites establecidos, lo que se corrobora con los apuntes de la libreta. Se demuestra a la vez que la paciente tiene menos miedo al ejecutar y utiliza con mayor propiedad los tubos y puntos guía ubicados en la casa.

La mayoría de las valoraciones relativas a la autoestima y a los estados anímicos muestran ligeras variantes positivas, las cuales coinciden con las anotaciones de la libreta,

como por ejemplo la reducción de los períodos de llanto. Algunas observaciones y respuestas se mantienen neutras, pero ninguna de ellas pasa a planos negativos o a porcentajes menores a los mostrados en el diagnóstico.

La comunicación, como componente de las valoraciones de miedo y soledad muestra resultados positivos en cuanto a las relaciones y visitas de familiares cercanos y con la investigadora, pero decae porcentualmente al referirse a visitas de amigas, por la muerte de dos de ellas. Mantiene su deseo de no salir de la casa.

Los resultados de las valoraciones sobre la memoria y sobre las respuestas al cuestionario de actividades recreativas, son positivos ya que no solo recuerda las diferentes etapas de la Historia de Vida, al igual que en el diagnóstico, sino que asocia las rondas y leyendas conocidas con las nuevas y con la recreación. Además las categoriza sin equivocarse, a la vez que utiliza nuevo vocabulario.

La parte final o de **esparcimiento** tuvo una duración de dos meses, al cabo de los cuales se efectúa la post prueba, en la cual se incluye los mismos ítems que en el diagnóstico y que en el test intermedio.

Tanto los resultados del Senior Fitness Test, como de las anotaciones en la libreta muestran mejoría considerable en la calidad de movimiento, sobre todo del locomotor. Se relacionan éstos resultados, con la disminución del miedo y con la mejora de la autoestima, del estado de ánimo y de la memoria. Solamente aspectos como la esperanza y la habilidad de hacer cosas no muestran mejoría, ya que la paciente los relaciona directamente con la ceguera.

En cada una de las partes, se analiza los datos en forma descriptiva y se obtiene frecuencias absolutas y relativas de ciertas variables. Se obtiene también, los puntajes directos y el porcentaje de cambio de variables continuas (autoestima, depresión). Siempre que fuera posible (variables numéricas), se calculó el porcentaje de cambio, para tener mayor claridad

con respecto a la magnitud con la que la sujeto cambiaba entre mediciones. La fórmula estadística es la siguiente:  $(\text{medida 2} - \text{medida 1}) / \text{medida 1} \times 100$

La información se resume en cuadros y gráficos que sirven como base para la interpretación y la discusión. Algunos de estos cuadros importantes, debido a la síntesis que generan, son los cuadros de triangulación, donde se vinculan conductas (actos motores voluntarios, verbalizaciones y gestos) de la paciente con información relevante, obtenida de los miembros de su entorno familiar y social en general, los resultados obtenidos en ciertas pruebas y la evidencia teórica. De cada triangulación de estos elementos y de la interpretación realizada, se obtiene una conclusión.

Posteriormente se genera un cuadro síntesis, en el cual se integran los resultados cuantitativos y las interpretaciones de las triangulaciones.

# **RESULTADOS**

## Capítulo 4

### RESULTADOS

En este capítulo, se pone de manifiesto los resultados obtenidos por la participante, en las valoraciones inicial, intermedia y final de la movilidad articular medida con el Senior Fitness Test, de la Escala de Autoestima de Rosenberg y del Perfil de Estados Anímicos (POMS). Se incluye también las observaciones y cuestionamientos para miedo y soledad, la valoración de la memoria y las respuestas a los cuestionarios sobre la práctica de actividades recreativas.

#### A) *Resultados del Senior Fitness Test*

A continuación se muestran los resultados correspondientes al Senior Fitness Test, los cuales se ubican en tablas y se comparan con los rangos esperados que apuntan los autores de la prueba. Además se muestra en un cuadro, el porcentaje total de resultados.

**Tabla 1**

**Observaciones con respecto al desempeño de la participante en las pruebas realizadas en el pre test:**

<i>PRUEBA</i>	<i>ANOTACIONES</i>
1- Pararse y sentarse en la silla con brazos cruzados	Solo una repetición más del mínimo. Se agarra de la mesa, tiene mucho miedo.
2- Flexión y extensión de brazo con pesa.	Se realizó la prueba con ambos brazos y el derecho está mejor. Ambos dentro rango
3- Imitación subir grada por 2 minutos	No alcanzó el mínimo
4- Flexibilidad, en silla alcanzar pie.	Dentro del mínimo bajo
<b>5- Flexibilidad, manos en la espalda</b>	Con la Der. Arriba el espacio es de 17 cm.

**Tabla 2**

**Observaciones del desempeño de la participante en las pruebas realizadas en la medición intermedia:**

<i>PRUEBA</i>	<i>ANOTACIONES</i>
1- Pararse y sentarse en la silla con brazos cruzados	Lo hace más rápido y con menos miedo, pero no cruza los brazos.
2- Flexión y extensión de brazo con pesa.	Mejóro en ambos brazos
3- Imitación subir grada por dos minutos	Superó el mínimo levemente
4- Flexibilidad, en silla alcanzar pie.	Se acerca al pie en 2 centímetros más
5- Flexibilidad, manos en la espalda	La derecha arriba mejora en 2 cm. La Izquierda casi igual

**Tabla 3**

**Observaciones del desempeño de la participante en las pruebas realizadas en el post test:**

<i>PRUEBA</i>	<i>ANOTACIONES</i>
1- Pararse y sentarse en la silla, con brazos cruzados	Lo hace con una mano en el pecho y otra en la mesa.
2- Flexión y extensión de brazo con pesa.	Se mantuvo dentro de los límites altos
3- Imitación subir grada por dos minutos	Se mejoró manteniéndose dentro del rango
4- Flexibilidad, en silla alcanzar pie.	Mejóro ligeramente
5- Flexibilidad, manos en la espalda	Mejóro ligeramente

**Cuadro 1**

**Resultados correspondientes a movilidad articular medida con el Senior Fitness Test**

<i>PRUEBA</i>	<i>PRE</i> <i>10 de</i> <i>febrero</i>	<i>INTER</i> <i>13 de</i> <i>junio</i>	<i>POST</i> <i>10 de agosto</i>	<i>Rango</i>	<i>Porcentaje</i> <i>de cambio</i> <i>pre-inter</i>	<i>Porcentaje</i> <i>de cambio</i> <i>Inter-post</i>	<i>Porcentaje</i> <i>de cambio</i> <i>pre-post</i>	<i>Comentario</i>
	<i>(Estatura:</i> <i>1,45 m</i> <i>Peso: 46 kg)</i>		<i>(Peso:45 kg)</i>					
<b>1- Pararse y sentarse en la silla, con brazos cruzados</b> (repeticiones)	9	11	13	<b>8-13</b>	22,22%	18,18%	44,44%	Se sostiene con un brazo
<b>2- Flexión y extensión de brazo con pesa</b> (repeticiones)	8 I y 10 D	12 I y 14 D	14 I y 15 D	<b>10-15</b>	50% I y 40% D	16,67% I y 7,14% D	75% I y 50% D	Mejor la derecha
<b>3-Imitación subir grada por 2 minutos</b> (repeticiones)	52	57	61	<b>55-85</b>	9,61%	7,02%	17,31%	Se mantiene dentro rango
<b>4- Flexibilidad, en silla alcanzar pie</b> (pulgadas)	5,0	4,0	3,5	<b>-2.5+2.5</b>	-20%	-12,5%	-30%	Mejora
<b>5- Flexibilidad, manos en la espalda</b> (pulgadas)	10,63	9,84	9,44	<b>-7.0-1.0</b>	-7,43%	-4,06%	-11,19%	Mejor con la derecha arriba

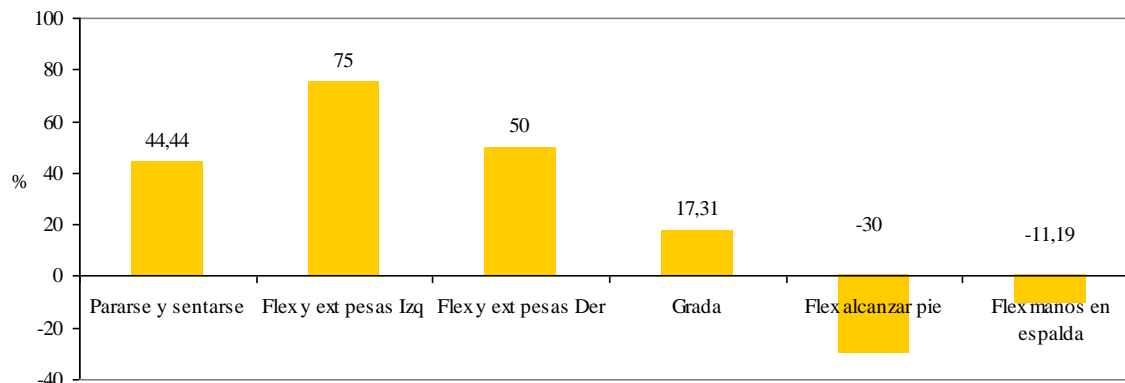
**Notas:**

\*En el pre test se efectuó también la caminata de 6 minutos, recorriendo 327 m., para un rango de 340-510. No se considera para el análisis pues fue realizada con ayuda.

En todas las pruebas la participante muestra mejoría de su movilidad articular. Además, en todas las pruebas se mantuvo dentro del rango óptimo para su edad, a excepción de las dos pruebas de flexibilidad, no obstante se puede apreciar en el cuadro 2, cómo la participante tuvo mejoras en ambos casos (disminución de 30% en la distancia para alcanzar el pie estando sentada en una silla y disminución de 11,19% en la distancia entre sus manos deslizándose sobre su espalda) al final del tratamiento.



**Gráfico 1. Porcentajes de cambio (pre-final) de pruebas de movilidad articular. Senior Fitness Test aplicado en una mujer de 88 años deficiente visual intervenida con el modelo de Austin de recreación terapéutica**



Un detalle importante que se aprecia en el gráfico 1 es que, porcentualmente, en la prueba de flexión y extensión de brazo con pesa, fue en donde la persona participante, alcanzó un mayor cambio y este fue positivo. En segundo lugar, logra una mejoría de más de un 40% en la prueba de pararse y sentarse en la silla con brazos cruzados. En tercer lugar mejoró en flexibilidad en silla (alcanzar pie), en cuarto lugar en imitación de subir grada y en quinto lugar, mejora flexibilidad de manos en la espalda.

### ***B) Resultados de la Escala de autoestima de Rosenberg***

A continuación se muestran los resultados correspondientes a la Escala de Autoestima de Rosenberg, los cuales se ubican en tablas y se comparan con los rangos esperados que apunta el autor de la prueba. Además se muestra un porcentaje total de resultados.

**Tabla 4**  
**Observaciones con respecto a las respuestas de la participante, a las preguntas realizadas en el pre test**

<b>PREGUNTA</b>	<b>ANOTACIONES</b>
1- Yo siento que soy una persona de importancia, al menos tanto como la que tienen los demás.	Duda y responde afirmativamente.
2- Yo siento que tengo una cantidad de buenas cualidades.	Tiende a anteponer la ceguera a su respuesta. Se le repite la pregunta y responde afirmativamente.
3- Me inclino a sentir que soy un fracaso	Relaciona la respuesta con la ceguera. Se le explica la pregunta y responde negativamente.
4- Soy tan hábil para hacer cosas, como las demás personas.	Responde negativamente, culpando al médico que la operó.
5- Siento que no tengo mucho de qué enorgullecerme.	Se queda muy pensativa por lo que se le solicita hacer una retroalimentación; responde en forma ambigua.
6- Yo tomo una actitud positiva hacia mí misma	Responde inmediatamente en forma negativa y reafirma fuertemente que está cansada de no ver.
7- Por encima de todo, yo estoy satisfecho conmigo misma	A pesar de que su respuesta es afirmativa, recalca el fracaso de la cirugía.
8- Yo desearía tener más respeto por mí.	Se puso mas triste y prefirió no contestar.
9- Me siento inútil a veces.	Su respuesta entre sollozos fue rotunda... SIEMPRE.
10- A veces pienso que no soy tan buena.	Respondió con ambigüedades. No la quise presionar.

**Tabla 5**

**Observaciones con respecto a las respuestas de la participante, a las preguntas realizadas en el test intermedio**

<b>PREGUNTA</b>	<b>ANOTACIONES</b>
1- Yo siento que soy una persona de importancia, al menos tanto como la que tienen los demás.	Responde con un simple sí.
2- Yo siento que tengo una cantidad de buenas cualidades.	Responde en pasado y aclara que algunas todavía las tiene.
3- Me inclino a sentir que soy un fracaso	Dice no ser un fracaso como persona, pero que la edad y la ceguera la han limitado mucho.
4- Soy tan hábil para hacer cosas, como las demás personas.	Lo, era dice, y continúa culpando al médico que la operó.
5- Siento que no tengo mucho de qué enorgullecerme.	Inicialmente responde en forma ambigua, pero luego dice que se enorgullece de ser fuerte y de la crianza de sus hijos.
6- Yo tomo una actitud positiva hacia mí misma	Esta cansada de <i>no ver</i> y esa posición afecta su actitud.
7- Por encima de todo, yo estoy satisfecho conmigo misma	Antes de la cirugía, aduce, hubiese respondido que sí a todo.
8- Yo desearía tener más respeto por mí.	Pues yo tengo, dijo, pero me siento mal por no ver.
9- Me siento inútil a veces.	A pesar de que hago cosillas, pero nada es como antes, expresó.
10- A veces pienso que no soy tan buena.	Haciendo cosas no es buena, dice.

**Tabla 6**

**Observaciones con respecto a las respuestas de la participante, a las preguntas realizadas en el post test**

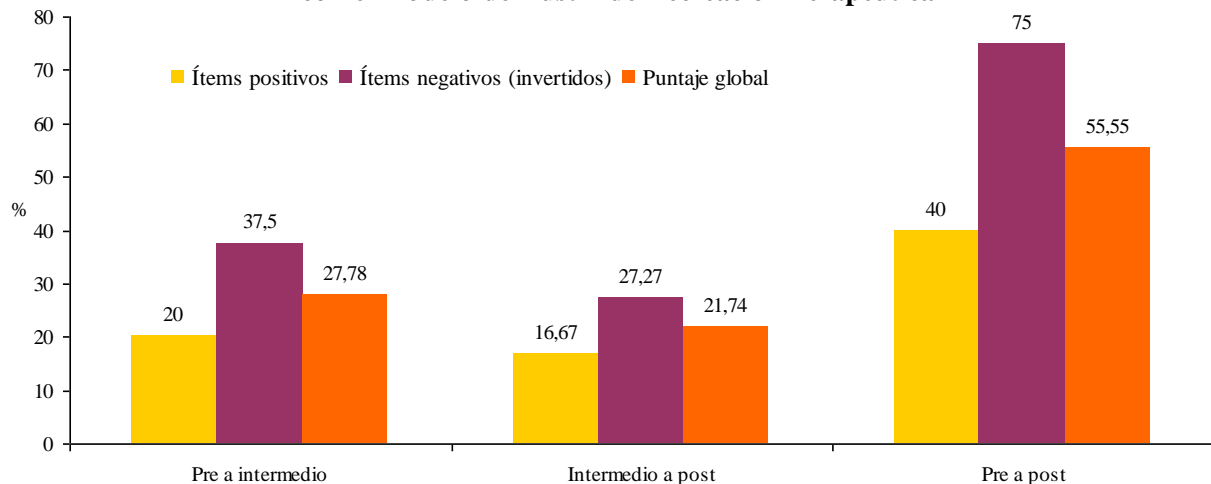
<b>PREGUNTA</b>	<b>ANOTACIONES</b>
1- Yo siento que soy una persona de importancia, al menos tanto como la que tienen los demás.	Responde prontamente, asegurando que es igual que todos
2- Yo siento que tengo una cantidad de buenas cualidades.	Ah sí, soy buena, respondió, esbozando una ligera sonrisa.
3- Me inclino a sentir que soy un fracaso	Se detuvo a pensar en su vida pasada y recordó como salió adelante a pesar de las vicisitudes, entonces contesto que no.
4- Soy tan hábil para hacer cosas, como las demás personas.	Como las demás personas viejitas y cieguitas, acotó.
5- Siento que no tengo mucho de qué enorgullecerme.	Contestó afirmativa y categóricamente, luego de comentar sobre sus hijos y sobre la calidad del trabajo que siempre hizo.
6- Yo tomo una actitud positiva hacia mí misma	Duda y responde que ha mejorado un poquito, lo cual según apreciaciones de sus hijos, es cierto.
7- Por encima de todo, yo estoy satisfecha conmigo misma	La cirugía de ojos está presente en casi todas sus respuestas, pero en ésta, parece que acepta un poquito los resultados... <i>para estar sin ver, sí...</i> respondió.
8- Yo desearía tener más respeto por mí.	Pues yo tengo, dijo, pero con tristeza por lo de los ojos.
9- Me siento inútil a veces.	Se siente menos inútil, en su estado de ceguera.
10- A veces pienso que no soy tan buena.	Refiere que como persona si es buena.

**Cuadro 2**  
**Resultados correspondientes a la Escala de Autoestima**

	<i>Pre</i>	<i>Inter</i>	<i>Post</i>	<i>Porcentaje de cambio pre-inter</i>	<i>Porcentaje de cambio Inter-post</i>	<i>Porcentaje de cambio pre-post</i>
<b>Ítems positivos</b> <i>(20 puntos a obtener, para un máximo de 4 c/u)</i>	10 pts.	12 pts.	14 pts.	20%	16,67%	40%
Yo siento que soy una persona de importancia, al menos tanto como la que tienen los demás	3	3	3			
Yo siento que tengo una cantidad de buenas cualidades.	3	3	3			
Soy tan hábil para hacer cosas, como las demás personas	1	2	2			
Yo tomo una actitud positiva hacia mí misma	1	2	3			
Por encima de todo, yo estoy satisfecha conmigo misma.	2	2	3			
<b>Ítems negativos</b> <i>(puntaje invertido, 20 puntos, para un máximo de 4 c/u)</i>	8 pts.	11 pts.	14 pts.	37,5%	27,27%	75%
Me inclino a sentir que soy un fracaso	1	2	2			
Siento que no tengo mucho de qué enorgullecerme	2	3	3			
Yo desearía tener más respeto por mí.	2	2	3			
Me siento inútil a veces.	1	2	3			
A veces pienso que no soy tan buena	2	2	3			
<b>Puntaje global de autoestima</b> <b>(de 40 puntos).</b>	18 pts	23 pts	28 pts	27,78%	21,74%	55,55%

De las 10 preguntas realizadas a la participante (ver cuadro 4) en el pre-test, ocho fueron respondidas en forma negativa; al efectuar el post -test, cinco de éstas fueron contestadas positivamente. Esa mejora en la auto percepción de autoestima de la paciente, se hace más evidente al observar los porcentajes de cambio alcanzados a lo largo del tratamiento. Cabe acotar que los puntajes de los ítems negativos de la escala, se invirtieron previo a su ubicación en el cuadro 4. Por tanto, a mayor puntaje, mayor autoestima.

**Gráfico 2. Porcentajes de cambio (pre-final) en la Escala de Autoestima de Rosenberg, aplicada a una mujer de 88 años, deficiente visual, intervenida con el modelo de Austin de Recreación Terapéutica**



### C) Resultados del Perfil de Estados anímicos de Poms

A continuación se muestran los resultados correspondientes al Perfil de Estados anímicos de Poms, los cuales se ubican en tablas y se comparan con los rangos esperados que apunta el autor de la prueba. Además se muestra en un cuadro, el porcentaje total de resultados.

**Tabla 7**  
Observaciones con respecto a las respuestas de la participante, a las preguntas realizadas en el pre-test:

PREGUNTA	ANOTACIONES
1- ¿Se siente infeliz?	Categoricamente dice que es muy infeliz pues se quedó ciega ya vieja. Solloza
2- ¿Está arrepentida de cosas hechas?	Contesta afirmativamente, refiriéndose a 2 hechos particularmente, a su matrimonio y a la cirugía.
3- ¿Se siente triste?	Vuelve a utilizar el superlativo muy triste y a sollozar.
4- ¿Se siente melancólica?	También se siente muy melancólica y continúa sollozando.
5- ¿Se siente sin esperanzas?	Luego de afirmar categoricamente que sí se siente sin esperanza, comenta que si tan solo la hubiesen operado de un ojo, todavía vería un poquito. Sigue sollozando
6- ¿Se considera despreciable?	No se le preguntó mas pues los sollozos aumentaron. Se continuó dos días después. Contestó que no, pero luego dijo que a lo mejor un poquito por ser ciega.
7- ¿Está desanimada?	Afirma que sí pues ya le dijeron que no hay cura para sus ojos.
8- ¿Se siente desamparada?	Categoricamente dice que no, pues sus hijos varones la acompañan
9- ¿Se siente miserable?	Aduce que no quiere ofender a Dios, pero que se siente un poquito miserable.
10- ¿Se siente desalentada?	Asiente con la cabeza y gesticula reafirmando.
11- ¿Está desesperada?	Responde afirmativamente y comienza a sollozar
12- ¿Se siente abandonada?	Solo por su hija, comenta y para de sollozar.
13- ¿Está aterrorizada?	Contesta afirmativamente. Tiene mucho miedo de que se metan a robar a la casa y también a caerse y quebrarse.
14- ¿Se siente culpable?	Asegura que de casi nada.

**Tabla 8**  
Observaciones con respecto a las respuestas de la participante, a las preguntas realizadas en el test intermedio:

PREGUNTA	ANOTACIONES
1- ¿Se siente infeliz?	Responde afirmativamente pues quisiera ver un poquito.
2- ¿Está arrepentida de cosas hechas?	Responde afirmativamente, agregando la expresión... <i>qué se le va a hacer!</i>
3- ¿Se siente triste?	Responde afirmativamente y dice que ... <i>estar ciega es muy feo!</i>
4- ¿Se siente melancólica?	Suspira y afirma estar melancólica.
5- ¿Se siente sin esperanzas?	Si, responde y comenta ... <i>ya se que me moriré ciega!</i>
6- ¿Se considera despreciable?	Se continuó dos días después para seguir la tónica del pre-test. Respondió que no se siente despreciable, luego duda y pregunta que si se le ven feos los ojos.
7- ¿Está desanimada?	Afirma sentirse desanimada, pero un poco mejor que antes.
8- ¿Se siente desamparada?	Responde que no con la cabeza y de palabra.
9- ¿Se siente miserable?	Comenta que miserable es una fea palabra, que ella no se siente así.

10- ¿Se siente desalentada?	Afirma que por ratos se siente desalentada
11- ¿Está desesperada?	Responde afirmativamente y se le vienen las lágrimas. Dice que también está con dolores de estómago frecuentes. Le hacen exámenes médicos.
12- ¿Se siente abandonada?	No tanto pues hay gente que no me deja, comenta.
13- ¿Está aterrorizada?	Contesta afirmativamente, pero dice que ya menos pues está acostumbrándose a los tubos y a las sillas.
14- ¿Se siente culpable?	“¿De qué?” Responde con una pregunta y luego dice, haciendo gesto de extrañeza, que no.

**Tabla 9**

**Observaciones con respecto a las respuestas de la participante, a las preguntas realizadas en el post test:**

<b>PREGUNTA</b>	<b>ANOTACIONES</b>
1- ¿Se siente infeliz?	Dice que no puede estar feliz pues todavía no ve ni un poquito.
2- ¿Está arrepentida de cosas hechas?	Responde que de algunas cosas, pero que ya no hay marcha atrás.
3- ¿Se siente triste?	Responde afirmativamente, pero que un “poquillo” menos que antes.
4- ¿Se siente melancólica?	Dice que “a ratos me agarra”.
5- ¿Se siente sin esperanzas?	Si, responde aunque asegura que a veces se ve las manos por unos momentos.
6- ¿Se considera despreciable?	Se continuó dos días después para seguir la tónica de los test anteriores. Respondió que no se siente despreciable, que el despreciable es el viejo que la operó.
7- ¿Está desanimada?	Comenta que solo a ratos se siente desanimada, pero que se pone a hacer algo para que se le quite.
8- ¿Se siente desamparada?	No que va! Y se medio sonrío.
9- ¿Se siente miserable?	Tampoco me siento miserable, eso es como de pordioseros, responde.
10- ¿Se siente desalentada?	Dice que un poco y agrega, tal como hoy y ayer no!.
11- ¿Está desesperada?	Responde afirmativamente y agrega que sobre todo cuando se pierde en la casa.
12- ¿Se siente abandonada?	Comenta que muy pocas veces, pues tiene casi de todo lo que ocupa
13- ¿Está aterrorizada?	Como terror ya no tengo, pero siempre un poco de miedo a caerme, entonces me agarro fuerte. Responde
14- ¿Se siente culpable?	Responde que no y agrega que cree que no se ha “jalado ninguna torta” y sonrío.

**Cuadro 3**

**Resultados correspondientes al perfil de estados anímicos (POMS) para la variable “depresión”.**

**Puntajes de cada ítem y puntaje global por medición.**

**Porcentajes de cambio de cada ítem y global por medición**

	<i>Pre</i>	<i>Inter</i>	<i>Post</i>	<i>Porcentaje de cambio pre-inter</i>	<i>Porcentaje de cambio Inter-post</i>	<i>Porcentaje de cambio pre-post</i>
Ítems						
1- Infeliz	4	3	3	-25,00	0	-25,00
2- Arrepentida por cosas hechas	3	2	2	-33,33	0	-33,33
3- Triste	4	3	2	-25,00	-33,33	-50,00
4- Melancólica	4	3	2	-25,00	-33,33	-50,00

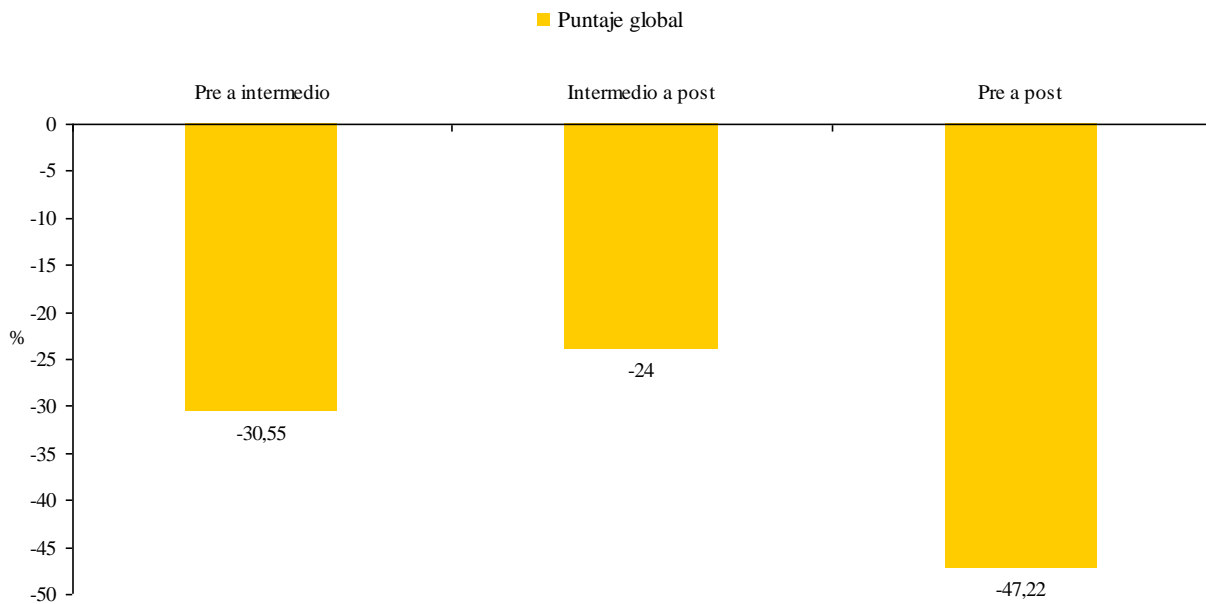
5- Sin esperanza	4	4	4	0	0	0
6- Despreciable	1	0	0	-100	0	-100
7- Desanimada	3	2	1	-33,33	-50,00	-66,67
8- Desamparada	0	0	0	0	0	0
9- Miserable	1	0	0	-100	0	-100
10- Desalentada	3	2	1	-33,33	-50,00	-66,67
11- Desesperada	3	3	2	0	-33,33	-33,33
12- Abandonada	2	1	1	-50,00	0	-50,00
13- Aterrorizada	3	2	1	-33,33	-50,00	-66,67
14- Culpable	1	0	0	-100	0	-100
Puntaje global de estado anímico	36	25	19	-30,55	-24,00	-47,22

**Interpretación de la escala numérica:**

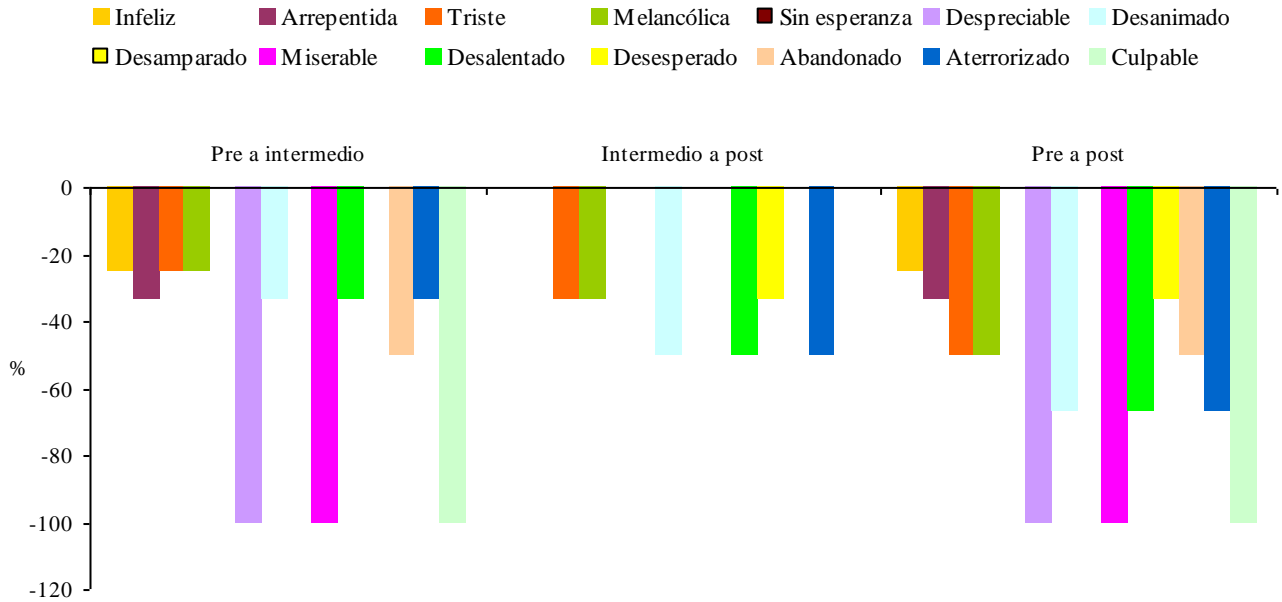
**0= Nada      1= Un poco      2= Moderadamente      3= Bastante      4= Extremadamente**

Nota: en anexos se encuentra la hoja de resultados del POMS

**Gráfico 3. Porcentajes de cambio entre mediciones en el puntaje global de la variable "depresión" del POMS, aplicado a una mujer de 88 años, deficiente visual, intervenida con el modelo de Austin de Recreación Terapéutica**



**Gráfico 4. Porcentajes de cambio entre mediciones en los puntajes de los ítems de la variable "depresión" del POMS, aplicado a una mujer de 88 años, deficiente visual, intervenida con el modelo de Austin de Recreación Terapéutica**



En el diagnóstico (pre test), la participante dijo sentirse infeliz, triste, melancólica y sin esperanza al extremo. Se mostró también muy arrepentida, desanimada, desalentada, desesperada y aterrorizada. Pero, como se aprecia en el cuadro 3 y en los gráficos 3 y 4, en todos los ítems (salvo en “sin esperanza” en que siempre mantuvo un puntaje alto y en “desamparada”, donde siempre mantuvo un puntaje de cero), hubo disminución en el puntaje e incluso en el puntaje global de depresión, la paciente tuvo mejoras importantes (más de un 30% entre el diagnóstico y la medición intermedia y entre el diagnóstico y la medición realizada al final del tratamiento, había mejorado poco más de un 47%).

#### **D) Resultados de la hoja de observación y cuestionamientos para miedo y soledad.**

En el cuadro 4 se resumen las respuestas de la persona participante en el estudio, con respecto a la comunicación, según momento de medición y considerando tres ámbitos en los que se desarrolla el proceso de comunicación.

**Cuadro 4**

**Valoraciones sobre conductas de comunicación y movimiento corporal (desplazamientos) observadas en una mujer de 88 años deficiente visual intervenida con el modelo de Austin de recreación terapéutica**

	<i>Pre</i> (entre febrero y abril )	<i>Inter</i> (entre abril y junio )	<i>Post</i> (entre junio y agosto )
<b>Conductas observadas</b>			
1- <b>Comunicación</b> , relativa a los componentes de soledad y miedo, considerando la expresión verbal y no verbal			
Contextos de observación de la comunicación:			
1.1. Con su familia cercana:	Dice sentirse muy sola pues ya no vienen los nietos y le da miedo caerse o que se meta un ladrón. No contesta el teléfono por temor a caerse.	Se siente sola, como enjaulada, pero los hijos le hablan un poco mas. Acepta visitas de familiares cercanos, pero avisadas.	Acepta hablar por teléfono con sus familiares, si alguien le marca el número. Su única hermana murió y los hijos no le han comunicado, por lo que sus familiares evitan visitarla.
1.2. Con visitas de amigos:	No quiere que la visiten, llora cuando le hablan, prefiere escuchar. Se mantiene encerrada en su cuarto.	Ha aceptado el programa de visitas, se comunica mas, casi no llora. Se traslada del cuarto al comedor. Comenta anécdotas, cuenta sobre las noticias. Negativo es que varias amigas han muerto o están muy enfermas y ya no la visitan.	Acepta nuevas amigas como Emilce una enfermera mayor que ella y Zoraida, la peluquera, una muchacha joven. Ana la señora que le hace el almuerzo comparte ratos diarios. Se mantiene de buen ánimo. Recuerda y pregunta sobre situaciones familiares de años atrás y recientes.
1.3. Con la investigadora:	Muestra miedo a lo desconocido y critica a quienes la han dejado sola. Se queja constantemente de su situación de ceguera.	Expresa gusto por lo que hace, bien sea movimiento o manualidades. Ocasionalmente se queja por la ceguera. No le gusta hablar del esposo. Pregunta por la familia. Pide hacer juntas " cosas de la casa ", alistar la ropa, cambiar la cama, atender a alguna visita, hacer el altar de Semana Santa.	Comenta sobre sus actividades, cambia los ejercicios, toma decisiones. Pide hacer paseos por la casa, que llame a sus familiares, que le cuente de sus nuevas amigas y de las noticias. Le agrada compartir junto a la mesa, conversa fluida y coherentemente.
2- <b>Movimiento</b> , referente a cuando y como se desplaza la sujeto y cuan conciente es de lo que hace. Se utilizó cámara fotográfica, para constatar	Se desplaza para ir al baño y a comer, con la ayuda de alguno de sus hijos o con la pared. Se pierde en repetidas ocasiones.	Se desplaza valiéndose de los tubos que se colocaron en pasillos y baño. De igual forma utiliza los muebles guía para que no se pierda.	Se desplaza con menos miedo pues hay muebles y tubos que le dan seguridad. Además ya se aprendió las rutas. Dice que se le olvida el miedo al hacer ejercicios y dice sentirse mejor.

En segunda instancia se valoró la intensidad con que se cumplieron o no los síntomas de soledad (social y emocional) y miedo, según lo que apunta Mariani (2007). Estos resultados se muestran en el cuadro 5.

**Cuadro 5**

**Resultados correspondientes a los síntomas de soledad y miedo.  
Puntajes de cada ítem por medición y porcentajes de cambio de cada ítem por medición**

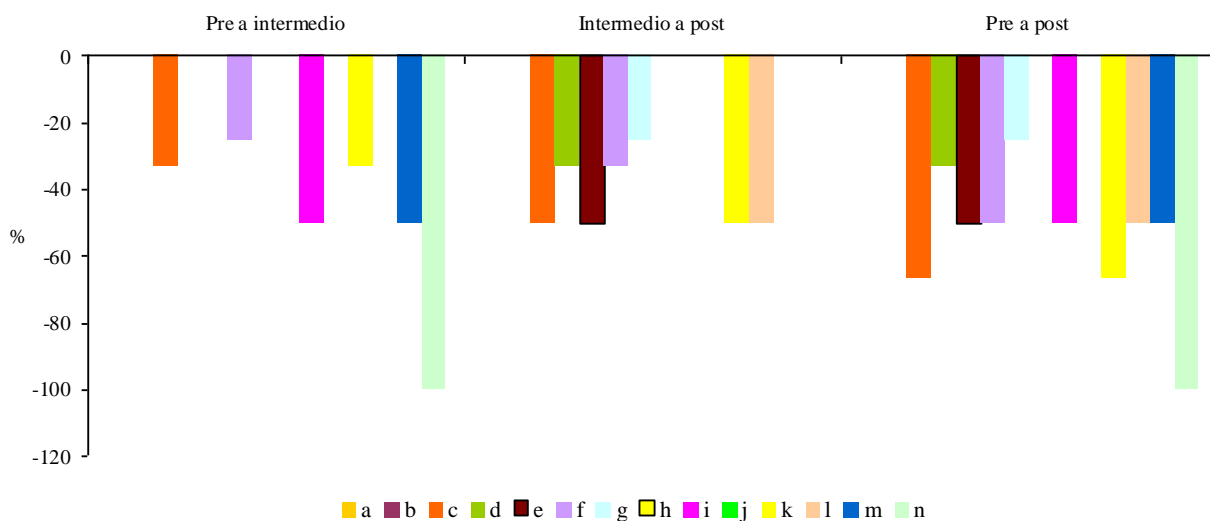


Ítems	Pre	Inter	Post	Porcentaje de cambio pre-inter	Porcentaje de cambio Inter-post	Porcentaje de cambio pre-post
a- Tengo miedo a alguna persona cercana	0	0	0	0	0	0
b- Tengo miedo a algún acontecimiento natural	3	3	3	0	0	0
c- Me asustan (o angustian) las fiestas o reuniones	3	2	1	-33,33	-50,00	-66,67
d- Evito hablar con personas desconocidas por miedo a que sientan lástima	3	3	2	0	-33,33	-33,33
e- Me asusta (o angustia) mucho que me critiquen	2	2	1	0	-50,00	-50,00
f- Me da miedo moverme o desplazarme dentro de la casa	4	3	2	-25,00	-33,33	-50,00
g- Evito salir de la casa (por miedo a todo)	4	4	3	0	-25,00	-25,00
h- Tengo pesar por la ausencia de alguna persona	2	2	2	0	0	0
i- Me siento incomunicada	2	1	1	-50,00	0	-50,00
j- Me siento desamparada	1	1	1	0	0	0
k- Tengo problemas para dormir	3	2	1	-33,33	-50,00	-66,67
l- Tengo dolores y dificultades	2	2	1	0	-50,00	-50,00
m- Me siento arrepentida de algo que hice	2	1	1	-50,00	0	-50,00
n- Extraño mis actividades y amigo(a)s	1	0	0	-100	0	-100

Escala que debe considerarse en la valoración general de cada ítem.

0. Ausente 1. Intensidad Leve 2. Intensidad Moderada 3. Intensidad Grave 4. Intensidad Máxima (invalidante)

**Gráfico 5. Porcentajes de cambio entre mediciones en los puntajes de los ítems de soledad y miedo, de una mujer de 88 años, deficiente visual, intervenida con el modelo de Austin de Recreación Terapéutica**



*Ver significados de simbología en cuadro 8*

Como se aprecia en el cuadro 5 y el gráfico 5, hubo en general, mejora en los sentimientos de soledad y miedo de la participante. En el diagnóstico mostró miedo en todas las variables, excepto en la “a” (personas), de igual forma, respondió sentirse muy sola. Durante el pos test se manifiesta su descenso en el miedo y la soledad.

## E) Resultados de la aplicación de estrategias para la valoración de la memoria.

Se utilizó la técnica “Historia de Vida”, recomendada por Ballesteró (2005) y se adecuó el estudio realizado por Delgado (2008). En el cuadro 9, se resumen las estrategias aplicadas y sus resultados en cada parte del tratamiento.

**Cuadro 6**  
**Valoraciones sobre la memoria, según distintas estrategias aplicadas en una mujer de 88 años deficiente visual intervenida con el modelo de Austin de recreación terapéutica**

	<i>Pre</i>	<i>Inter</i>	<i>Post</i>
Acciones aplicadas a la mujer	<p>1-1 se recopiló la historia de vida</p> <p>1-2 se recordó las rondas “Arroz con Leche” y “Los Pollos de mi Cazuela”</p> <p>1-3 se le enseñó dos rondas nuevas “El Cocherito Leré” y “En un Bosque de la China”</p> <p>Se colocó una libreta de apuntes y un lápiz, en la mesita del cuarto, para que quien estuviese con ella anotara las anécdotas expresadas; luego estas se corroboraban con la <i>Historia de Vida</i> o bien se anexaban a ésta, en caso de que fuesen nuevas y se comprobaba el recuerdo o aprendizaje de las rondas.</p>	<p>Dos veces por semana, por nueve sesiones, se trabajó la atención y la memoria, mediante el aprendizaje por asociación, categorización y repetición.</p> <p>2-1 Repaso de diferentes etapas de la Historia de Vida, donde sobresalían las actividades recreativas que acostumbraba hacer.</p> <p>2-2 Repaso de la Ronda “El cocherito Leré”</p> <p>2-3 Contar Leyendas conocidas como La Llorona y La Segua</p>	<p>Se evalúa la condición de la memoria como aspecto importante de la calidad de vida.</p> <p>3-1 Se confrontan las diferentes etapas de la Historia de Vida, con familiares y amigos y se confronta también con las narraciones de la misma sujeto.</p> <p>3-2 Se repasan todas las rondas</p> <p>3-3 Se repasan todas las leyendas</p>
Resultados obtenidos	<p>1-1. Se comprobó la veracidad de los hechos y se agregó algunas anécdotas. Recuerda todas las etapas de su vida, desde los 3 años y con muchos detalles.</p> <p>1-2. Repite sin errores las dos rondas</p> <p>1-3. Aprendió con ligeras omisiones “El Cocherito Leré”, la otra no la logra recordar. Aduce que no le gusta.</p>	<p>2-1. Recuerda con júbilo las actividades recreativas que hacía, sobre todo en su infancia, cuando vivía con su tía y hermanas en la finca. Reconoce que son actividades recreativas los juegos y pasatiempos.</p> <p>2-2. Recuerda casi toda la Ronda “El cocherito Leré” y la asocia con el juego de palmas, paralelo al canto. Le cuesta seguir el ritmo de palmas.</p> <p>2-3. Cada vez recuerda mas detalles de ambas leyendas. Recuerda toda “La llorona”.</p>	<p>3-1 No solo los resultados coinciden en su totalidad, sino que la sujeto recuerda mas detalles de lo contado en las diferentes etapas.</p> <p>3-2 y 3-3 Los resultados obtenidos tras las sesiones de Historia de Vida y de recuerdos del Folklore Oral costarricense, demuestran la existencia de una clara mejoría de la memoria, que se mantiene a los seis meses. Además, se pone de manifiesto un descenso en la ansiedad y en la depresión mostrada en la satisfacción de la sujeto, al hacer gala de su buena memoria.</p>

## F) Resultados del cuestionario para medir cómo se sentía la paciente con respecto a la práctica de las actividades recreativas.

Este cuestionario fue basado en el documento: “Barreras que impiden la participación en actividades recreativas”, de Witt y Ellis (1989) traducido por Salazar Salas. Las respuestas de la participante se resumen en el cuadro 7.

**Cuadro 7**  
**Respuestas al cuestionario de actividades recreativas, dadas por una mujer de 88 años deficiente visual**  
**intervenida con el modelo de Austin de recreación terapéutica**

	<i>Pre</i>	<i>Inter</i>	<i>Post</i>
¿Sabe Usted qué es Recreación?	Hacer cosas para distraerse.	Hacer ejercicios y cosas para estar entretenida.	Es hacer cosas en que ocupar el tiempo y para divertirse
¿Considera que la Recreación es un componente importante en la vida?	Si de los que están bien y de los que están mal también.	Si es importante pues me distraigo y para no estar triste.	Si porque me hace sentir mejor y me aburro menos.
¿Qué beneficios tiene la práctica de actividades recreativas?	Para olvidarse de las cosas feas.	Para olvidarse que uno esta ciega y para moverse un poco mas.	Lo hace sentir mejor a uno, aprende cosas nuevas y se distrae.
¿Hacia algún tipo de planeamiento para recrearse?	Cuando estuvieron chiquitos no hice nada.	A veces iba a ver bailar pero cuando los muchachos estaban grandes y ya no tenía marido.	Ahora si he aprendido a hacer ejercicios, escuchar la radio y la tele, a hacer manualidades y a otras cosas.
¿Qué destrezas tiene para recrearse?	Creo que ninguna.	Bailar.	Hacer ejercicios, manualidades y recordar cosas.
<b>Preguntas hechas una sola vez</b>			
¿Qué recursos recreativos habían en su entorno? ¿Cuáles hay ahora?	Un patio grande enfrente de la casa donde brincábamos suiza, en los potreros secos inclinados con una tabla con candela resbalábamos hasta cerca de la quebrada, coger frutas con las hermanas. Después ya no habían potreros las chiquillas jugaban con trastos y casita y los muchachos con bola, ahora dicen que juegan con la tele y así, bueno y yo me distraigo aquí en la casa.		
¿Sabe Usted que tipo de instalaciones hay para recrearse?	NO, tal vez una quebrada		
¿Cuáles ha utilizado?	Ninguna, no salíamos, ahora solo en la casa.		
¿Tiene dificultad para relacionarse con otras personas?	Si no me gusta y soy tímida		
¿Quería o no decidirse a participar en actividades recreativas?	No me gustaba y con mucha gente no, ahora si quiero pero no con gente, prefiero hacerlo sola o con unas pocas personas como Ana la que me trae el almuercito, Arturo, Gerardo, Emilce, Rosario, Zoraida y Ma. Eugenia y algún otro familiar o vecina.		

Tomando en consideración los distintos resultados alcanzados por la paciente durante el estudio, se aprecia que todos coinciden en reflejar mejoras en su condición tanto en el dominio físico como en el psicosocial, las cuales podrían atribuirse a su participación en el programa de recreación terapéutica.

## REFERENCIAS

- Araya, G. (2003). *Observando la conducta humana: Aplicaciones a las ciencias del movimiento humano y la salud*. Colección de instrumentos de medición. Artículo sin publicar. El autor
- Azpiazú, M. et al. (2003) *Factores asociados a una deficiente calidad de vida*. Revista Española de Salud Pública, noviembre-diciembre pp 6.
- Austin, D., Dattilo, J y McCormick, B (2002) *Conceptual Foundations for Therapeutic Recreation*. Pennsylvania: Venture Publishing Inc.
- Austin, D. (2004) *Therapeutic Recreation: processes and techniques*. Illinois: Sagamore Publishing.
- Ballestero, C. (2005) *Antología del curso Recreación y Gerontología*. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica: el autor.
- Barrado, JM. (2007), *Actividades física en personas deficientes visuales*. Memoria de la mesa redonda de Deporte y Recreación para deficientes visuales y ciegos, de la Federación Española de ciegos y deficientes visuales.  
<http://www.paralimpicsport.org/cida2007/lactas/2.1>
- Barrantes, M. (2007) *Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos*. Revista de Salud Pública de Cuernavaca, Vol.49, pp4.
- Binkurst, Gerhard. (2005). *Breve historia del humanismo*. Consultado el 01 de agosto del 2008 en, [www.losangeles.org/asibehu/quees.htm/p](http://www.losangeles.org/asibehu/quees.htm/p).
- Blanco, E y Sánchez, S. (2007), *Enfoque de la discapacidad en organismos internacionales*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de México, Núm.66
- Camacho, Y.(2005) *Antología del curso Recreación Terapéutica*, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica: la autora.
- Cano, M. (2006) *El Juego y la Recreación terapéutica*. Revista Electrónica de Recreación y Psicología, junio #3, Universidad de Pereira, Colombia.
- Carazo, P. (2001) *Actividad física y capacidad funcional, en el adulto mayor: el taekwondo como alternativa de mejoramiento*. Revista Educación, Universidad de Costa Rica, sept., vol. 25, 002, pp.125-135
- Carazo, P. (2004) *Meta-análisis sobre el efecto del ejercicio en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores*. Tesis para optar por el título de magister. Universidad de Costa Rica.
- Carbelo, B. (2005). *El humor en la relación con el paciente. Una guía para profesionales de la salud*. Barcelona: Editorial Masson.

- Carreiras, M y Codina, B. (2003), *Cognición espacial, orientación y movilidad: consideraciones sobre la ceguera*, Revista de Integración, Número 11 – febrero, ONCE, La Coruña, Madrid.
- Cerdas, E. (2006), *La proyección folklórica costarricense*. Folleto sin publicar. El autor
- Chaleta, P. (2003), *El miedo no siempre asusta*. [http://www.monografias.com/trabajos14/fundamento el miedo/mied.shtml](http://www.monografias.com/trabajos14/fundamento%20el%20miedo/mied.shtml)
- Cian, V. (2004) *Capoeira, una actividad para todos*. Revista "La Palestra" año , No2, mes de junio. Grupo discapacidad, integración y diversidad. Argentina.
- Darnton,H, I. (1995) "El envejecimiento con salud y calidad de vida" en: Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. Foro mundial de la salud. Organización mundial de la salud. Ginebra. Vol. 16, N.4.
- Delgado, M.L. (2008), *Programa de entrenamiento en estrategias para mejorar la memoria*. Revista Electrónica de Psiquiatría, - D.L. PM23-2008 ISSN 1137-3148, Mallorca, España
- Díaz, JP. (2003) *¿De qué depresión hablamos?* Revista Ya, periódico El Mercurio, 12-02
- Diccionario Enciclopédico, *Gran Espasa Ilustrado* (2000) España: Espasa Calpe, S.A.
- Donoso, A y otros (2002) *Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores*, Revista chilena de neuro-psiquiatría. v.39 n.3 Santiago, Chile
- Dormond, E. (2007), *Apuntes sobre la Organización Mundial de la Salud*, Cendes, CCSS, San José, Costa Rica.
- Figiel, M. (2006), *Calidad de Vida*, Mujer Nueva, Revista Digital, 2006-04-07
- García, N. (2004), *Antídotos para La Soledad* publicado en el periódico El Norte, el 2004-06-23, Chile
- González, H y Sosa B. (2008) *Importancia de la práctica de deportes en personas Discapacitadas para lograr una mejor calidad de vida*. Contribuciones a las Ciencias Sociales. La Habana [www.eumed.net/rev/cccss/02/gcss.htm](http://www.eumed.net/rev/cccss/02/gcss.htm) visitado en mayo 2009
- Gorbeña, S. et al (2002) *Protocolo de evaluación de las condiciones de inclusión, en equipamientos de ocio*. Documentos de estudio de ocio, 22 Bilbao: Universidad de Deusto
- Gruver, B. (1994), *Theories and Models: an heuristic analysis of Therapeutic Recreation Practice*. Anual in Therapeutic Recreation, No.IV, U.S.A

Gutiérrez, Gonzalo. (2005), *La educación de la educación: meditaciones de filosofía de la educación humanista*. Disponible en: Revista Digital UMBRAL 2000 – No. 12 – Mayo 2003 www.reduc.cl. Fecha de acceso: 01 de agosto del 2008

Hernández, R. Fernández, C. y Batista, F. (2003) *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.

Hidalgo, J. (2001), *El envejecimiento: aspectos sociales*, Costa Rica: Edit. U.C.R. San José.

INEC (2008), Censo de población 2008. Información disponible en: <http://www.inec.go.cr> sitio visitado en mayo de 2009

Jiménez, A. (2002). *La discapacidad en cifras*. Madrid: Inmerso

Juniu, S. y Salazar, C.G. (2010). *Significados de la palabra esparcimiento, para estudiante de la Universidad de Costa Rica y de Montclair State University* <http://revista.inie.ucr.ac.cr>, Volumen 10, Número 1pp. 1-28

King, AC, et al. (2000), *Determinants of physical activity and interventions in adults*. Med Sci Sports Exerc.24 (suppl):S221-S226, USA

Krell, H. (2003). *Desarrollo de la memoria*. Buenos Aires: Central Mayo

Lépiz, O. y Jiménez, R. (2005). *La discapacidad en Costa Rica*. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial: Agencia de Cooperación Internacional de Japón

Ley 7600 ( ) *Igualdad de oportunidades para personas con discapacidad*. Título I, Capítulo I, Artículo 2. San José, Costa Rica.

Lozano, R. y otros (2004) *El peso de la enfermedad en adultos mayores*. Revista de Salud Pública. INSP, México

Marín, PP y otros (2007) *Impacto biomédico de los viajes en adultos mayores*. Revista Médica de Chile, No 132: 573-578

Márquez, E y otros (2005) *Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo*, Información disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/24123/>, sitio visitado en mayo de 2009

Martínez, R. (2002) *Actividad física adaptada para personas con deficiencia visual*, Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales, mayo # 6, Murcia, España.

Martínez, J., González, M. D., Jiménez-Beatty, J. E., Graupera, J. L., et al., (2009). *Los hábitos de actividad física de las mujeres mayores en España*. Revista Internacional de Ciencias del Deporte, 14, 81-93. España

- Matiew, W. (1993) *La educación física, el deporte y la recreación en la formulación de políticas de atención integral a la salud costarricense*. Tesis de grado para optar por la maestría en Salud Pública. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica
- Molina, G.(2005 a), *Beneficios del Esparcimiento*. Apuntes de clase del curso de EDUSOTIL, de la Maestría en Recreación de la U.C.R. San José, Costa Rica.
- Molina P, G. (2005) Soledad y Tristeza. Información disponible en: <http://www.unidoc.psico.org> , sitio visitado en junio de 2009
- Molina P, G., y Saldaña L, A. (2005) Referencias sobre el sentimiento de soledad, disponibles en <http://www.unidoc.psico.org>. sitio visitado en mayo de 2009
- Montero, C. (1998), *La familia ante las tendencias actuales de atención a la persona con discapacidad*. E.C.D. – U.N.A. Heredia, Costa Rica.
- Morales, F. (2001), *Temas prácticos en Geriatría y Gerontología*. San José: EUNED.
- Morales, J. (1994) *Propuesta de un plan recreativo para los jubilados de la tercera edad, del Colegio de Contadores Privados de Costa Rica*. Tesis de grado para optar por la Licenciatura en Educación Física. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Moreno, M.L. (2000), *Educación Física en el Discapacitado: un recorrido hacia la posibilidad*. Buenos Aires: Landeira Ediciones.
- Moreno, L., Miranda, T., Herrera, LF.(2004) *La Discapacidad visual en el municipio de Artemisa*. Revista Ciencias Médicas. La Habana serie en Internet. Disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol10\\_2\\_04/hab03204.htm](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol10_2_04/hab03204.htm), visitada en junio del 2009.
- Muñoz, M. (2003), *Conversatorio: La discapacidad*, Folleto sin publicar, Heredia, Costa Rica.
- Murillo, S. (2002), *Discapacidad y envejecimiento*, Ponencia en el Foro de Prestaciones Sociales para Adultos Mayores, San José, Costa Rica.
- Navarro, J. (2003) *Aprendizaje y memoria humana*. Editorial McGraw Hill, Madrid
- Ochaita, E. (1998), *Lectura braille y procesamiento de la información táctil*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Osorio, L., Pérez, JA. y Padilla, C. (2003) *Prevalencia de baja visión y ceguera en un área de salud*. Rev Cubana Med. Gral Integral: 19(5):23-6.
- Ospina, G. A. (2001). *La recreación como estrategia de desarrollo para los adultos mayores*. Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación [FUNLIBRE].

Recuperado el 18 de setiembre del 2007 de <http://www.redcreacion.org/documentos/simposio2/GOspina.html>

Ozols, A. (2005). *Educación Física Adaptada*. Manuscrito sin publicar, Escuela Ciencias del Deporte, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.

Ozols, A y Revuelta, I. (1998). *La danza y la natación como herramienta en el proceso de aprendizaje de personas con discapacidades*. Manuscrito sin publicar, Escuela Ciencias del Deporte, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.

Palacios, C. (2003) *Calidad de Vida*, disponible en <http://www.monografías.com/trabajos15/fundamento-ontológico/ot.shtml>, de julio 2009

Paz, D y Vergara, A. (1992) *Conocimiento social de las emociones*. Universidad del País Vasco. España.

Pereiro, A y otros, (2006) *Working memory, selective attention and speed processing. A contribution to discuss cognitive process in aging*. Volumen 18, Number 2, Infancia y Aprendizaje, España.

Pérez, M y otros, (2000) *Memoria cotidiana y metamemoria en ancianos institucionalizados*. Anales de Psicología, Vol. 11, No 1, Murcia, España

Peterson y Stumbo, (2000) *Therapeutic Recreation program design: Principles and procedures*. MA: Needhan Heights.

Rikli, R. y Jones, J. (2001) *Senior Fitness Test Manual*, Human Kinetics, Champaign, Il, USA

Romero, C. (2006) *Propuesta organizacional del área de recreación, para la Universidad Estatal a Distancia*. Tesis para optar por el grado de Magister en Recreación de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Roque, R. (1999) *Modelo teórico del ocio*. Una propuesta de interpretación conceptual. En *Ocio, tiempo libre y recreación*. (pp.22-26). San José, Costa Rica: ICODER

Royer, A. (1999) *Living with chronic illness*. Research in the Sociology of Health Care, USA, 12, 25,48

Ruiz, A. (2005) Terapias cognitivas ante la soledad. (versión electrónica) *Revista Inteco*,3, 8-12. Chile

Salazar Salas, C. G. (2005). *Antología de curso PF-4900 Introducción a la Recreación*. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica: la autora.

Salazar Salas, C. G. (2007). *Recreación*. San José. Editorial Universidad de Costa Rica.



- Salazar Salas, C. G. (2010). *Recreación sin fronteras*. Charla en el V Congreso Centroamericano de Educación Física, Deporte y Recreación, “Educación Física sin límites”, Managua, Nicaragua.
- Saldaña L, A. (2005) *Depresión y Soledad*. Información disponible en: Información disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?q=Depresión+y+Soledad+de+Saldaña&h>, sitio visitado en mayo de 2009
- Saldaña, A y Molina, G. (2006) *Psicología del Adulto Mayor*, Revista En plenitud de febrero, Art 21 , México, Mx.
- Santana, A. y Guillén, F. (2002) *Bienestar psicológico y actividad física en poblaciones ciegas y con deficiencias visuales*. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*® Vol. 2, N°1, San José, Costa Rica.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9 (2), 9-21 ISSN 0717. Consultado en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/w9n2/art02.pdf> de julio 2009
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, (2005), *La soledad, camino seguro a la infelicidad*. Art. 3 Revista de septiembre 19.
- Solano, Luis C. (2002), *Efecto de un programa de hidroterapia en las condiciones osteomusculares y en la autoestima de un grupo de mujeres adultas mayores*. Revista Ciencias del Movimiento Humano, vol. 1 *Edufi*, U. C. R. San José, Costa Rica.
- Tardini, L (2000) *La Dimensión Cognitiva en la atención de poblaciones mayores y discapacitadas, y la Calidad de Vida Institucional*. NAYA, Secretaría de Extensión Universitaria, Universidad de Buenos Aires. Argentina
- Thompson, K. (2003) *Depression and Disability*, Annual Review of NC Office on Disability and Health (NCODH), Chapel Hill, N.C.
- Tuirán, R. (2005) *Envejecimiento demográfico, retos y perspectivas*. La Unión, Mex: CONAPO
- Urzanqui, A. (2007) *Beneficios del ejercicio físico y el deporte para la salud en ciegos y deficientes visuales II Conferencia Internacional sobre Deporte Adaptado*. Málaga, España.
- Villalobos, D. (2001) *Actividad física, deporte y recreación como medio de prevención y tratamiento de la violencia intrafamiliar*. En *Ocio, tiempo libre y recreación*. (pp. 113-117). San José, Costa Rica: ICODER.
- Zamora, R. (2004), *Educación Holística*, Folleto sin publicar, San José, Costa Rica.

Zweyer, K., Velker, B. Ruch, W. (2004). Do cheerfulness, exhilaration and humour production moderate pain tolerance?, A FACS study. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 1-2.

## CONSULTAS

Árraga, M. y Sánchez, M. (2007). *Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares. Un estudio comparativo*. *Espacio Abierto*, 16(4),737-756.

Barrios, R., Borges, R. y Cardoso, L. (2003). Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(2), 87-94.

Bernis, C. (2004). Envejecimiento, poblaciones envejecidas y personas ancianas. *Antropo*, 6, 1-14. Recuperado 13 de noviembre de 2008 de <http://www.senba.es/recursos/pdf/Envejecimiento.pdf>

Bolaños, A. I. y Mora, M. (1999). *Actividad física recreativa y estado emocional que presentan los adultos mayores de 55 a 75 años de edad de los grupos gerontológicos del área central*, 130 *Revista Educación* 34(2), 111-132, ISSN: 0379-7082, Julio-Diciembre, 2010

Bonilla, F. S. y Mata, A. (1998). *Plenitud después de los 60: Proyecto de toda una vida*. San José: Editorial Universidad de Costa Rica.

Carlini, B. (1996). *Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias*. *Revista de Saúde Pública*, 30(3). Recuperado el 30 de agosto de 2008 de <http://www.scielosp.org/scielo>

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2007). *Mitos y estereotipos en el envejecimiento y la vejez*. San José;Costa Rica: el autor.

Costa Rica. Asamblea Legislativa. (1999). *Ley 7935. Ley integral para la persona adulta mayor*. Obtenido el 27 de mayo de 2008, de [http://www.asamblea.go.cr/leyes\\_numero.htm](http://www.asamblea.go.cr/leyes_numero.htm)

Duarte, T. (2005). *Alternativas de desarrollo personal para el grupo “Envejecimiento Feliz”*, comunidad de Orosi. *Anales en Gerontología*, 5, 71-81.

Fajn, S. (2001). *Recreación en la vejez, una propuesta saludable. Curso virtual de educación para el envejecimiento*. Recuperado el 25 de septiembre de 2007 de <http://www.psicomundo.com/tiempo/cvepe2/biblio1.htm>

Fernández, R. H. (2005). *Teorías sobre el envejecimiento. Etapas de la edad senil*. *Revista Digital Investigación y Educación*, 3(20). Recuperado el 15 de setiembre de 2008, de [http:// web.unvi.utp.ac.pa/bibliotecavirtual/files/Teorias\\_sobre\\_e\\_1196.pdf](http://web.unvi.utp.ac.pa/bibliotecavirtual/files/Teorias_sobre_e_1196.pdf)

Fernández, X. y Méndez, E. (2007). *Estilos de vida y factores de riesgo para las personas adultas mayores del proyecto CRELES-Costa Rica 2004-2006*. *Revista Electrónica Población y Salud en Mesoamérica*, 5(1),

1-17. Recuperado el 21 de mayo del 2008 de <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/> volúmenes/5/5-1/5-1-1t/5-1-it1.pdf

Fernández, X. y Robles, A. (2008). *I informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*.

- San José: Centro Centroamericano de Población (CCP) y Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAN).
- Gallegos, K., Durán, J., López, L. y López, M. (2003). *Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos*. Revista de Investigación Clínica, 5(3), 260-269.
- Gaminde, I. (1999). *Gerontología social*. Anales, 22 (Suplemento 1), 11-17.
- Gurdián, A. (2007). *El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa*. San José, Costa Rica: Colección de Investigación y Desarrollo Educativo Regional (IDER).
- Jaramillo, L. G., Gómez, E. y Zuluaga, M. (2000). *El baile de salón como ejercicio físico en los ancianos que asisten a la Caja de Compensación Familiar (Confamiliares) de la ciudad de Manizales*. Revista Digital efdeportes, 5(28), Recuperado el 25 de septiembre del 2007 de <http://www.efdeportes.com/efd28a/baile1.htm>
- Jaramillo, L. G., Orozco, J. I. y Ortiz, C.A. (2002). *Baile de salón y relaciones sociales entre ancianos: La cultura de la ancianidad*. Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación. [FUNLIBRE]. Recuperado el 24 de enero del 2007 de [http://www.redcreacion.org/documentos/congreso7/L\\_Jaramillo.html](http://www.redcreacion.org/documentos/congreso7/L_Jaramillo.html)
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona, España: Ed. Herder.
- Lago, J. (2005). Prescripción de programas de ejercicio físico para la salud en personas mayores en salas de fitness. *Revista Digital efdeportes*, 10(81). Recuperado el 15 de octubre de 2008 de <http://www.efdeportes.com/efd81/>
- Los Santos, S. F. (2002). *La recreación en la tercera edad*. Revista Digital efdeportes, 8(45). Obtenido el 12 de septiembre del 2007, de <http://www.efdeportes.com/efd45/tedad.htm>
- Lugo, L., García, H. y Gómez, C. (2006). *Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 24(2), 37-50.
- Mazzeo, R. y Tanaka, H. (2001). *Exercise prescription for the elderly*. Sports Medicine, 31(11), 809-818.
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., y Ozols, A. (2004). *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad física*. Revista MHSalud, Obtenido el 22 de enero del 2008 de [http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/ARTICULOMONICAMORA\\_18.pdf](http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/ARTICULOMONICAMORA_18.pdf)
- Murillo, J. (2003). *Talleres recreativos para personas mayores*. Bogotá, Colombia: Editorial San Pablo.
- Naito, M., Nakayama, T. y Fukuhara, S. (2004). *Quality of life assessment and reporting in randomized controlled trials: A study of literature published from Japan*. Health and Quality of Life Outcomes, 2, 24-29.
- Oleson, M. (1990). *Subjectively perceived quality of life*. Journal of Nurses School, 22, 187-190.
- Palmer, C. (2005). *Exercise as a treatment for depression in elders*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 17(2), 60-66.
- Pereira, K. y Baptista, F. (2008). *Physical function loss in active community residing older women*. Medicine and Science in Sport and Exercise Supplement, 40(5), S373.

- Robinson, F. T. (2007). *Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: Revisión sistemática de la literatura*. Revista Colombiana de Cardiología, 14(4), 207-222.
- Rojas, L. M. (1999). *Calidad de vida y autonomía en personas mayores*. (Tesis de maestría sin publicar), Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Salazar, C. G. (2008). Recreación: Fuente inagotable de beneficios. En Foro Centroamericano de Recreación, Educación Física y Deportes, *Memoria del IV Congreso Centroamericano de Educación Física, Deporte y Recreación, "Naturaleza, movimiento y salud"* (pp. 21-25 julio 2008 [documento digital]. San José, Costa Rica: FECERED.
- Salinas, F., Cocca, A., Ocaña, F., y Viciano, J. (2007). La actividad física como elemento de salud en la tercera edad. Razones y beneficios que justifican su práctica. *Revista Digital efdeportes*, 12(112). Obtenido el 19 de agosto de 2008, de <http://www.efdeportes.com/efd112/la-actividadfisica-como-elemento-de-salud-en-latercera- edad.htm>
- Terry, J., y García, M. G. (2003). Estudio diagnóstico para la aplicación de ejercicios físicos de yoga en la participación del adulto mayor del Consejo Popular Tulipán en el Municipio Cienfuegos. *Revista Digital efdeportes*, 8(58). Recuperado el 25 de septiembre del 2007 de <http://www.efdeportes.com/efd58/yoga.htm>.
- The World Health Organization Quality of Life Assessment Group. (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World*. Health Organization. Social Science Medicine, 41(10), 1403-1409.

## **OTROS:**

### **Entrevistas personales.**

- Asociación Gerontológica Costarricense (Secretaría Ageco, 2007),  
 Consejo Nacional para el Adulto Mayor (Secretaría Conapan, 2007),  
 Programa Ciudadano de Oro de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS, 2007),  
 Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (León, 2007)  
 Universidad de Costa Rica (Mora, 2008)  
 Universidad Nacional (Osolz, 2008)

Información disponible en transcripción, solicitándola a [meja@costarricense.cr](mailto:meja@costarricense.cr)

