

2016



INFLUENCIA DE UN PROGRAMA BASADO EN LOS PRINCIPIOS DE DANZA MOVIMIENTO TERAPIA SOBRE LA FATIGA Y SU IMPLICACION EN EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES

El presente fue un estudio cuasi experimental que tuvo como fin establecer y describir si la participación de un grupo de adultos mayores pertenecientes al programa de Atención integral al jubilado de la Universidad del Valle, en un programa basado en los principios teóricos y prácticos de Danza Movimiento Terapia, influye sobre la percepción de fatiga y el desempeño ocupacional.

**“Influencia de un programa basado en los principios de la danza movimiento
terapia sobre la fatiga y su implicación en el desempeño ocupacional de un
grupo de adultos mayores”**

CAROL VANESSA TASCON SOLARTE
JOHANA MARCELA SALAS ZAMORA
JENNIFER PAOLA BUCHELI PABON

Trabajo de grado para optar al título de Terapeuta Ocupacional

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA
PROGRAMA ACADÉMICO DE TERAPIA OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI-VALLE DEL CAUCA
2016

“Influencia de un programa basado en los principios de la danza movimiento terapia sobre la fatiga y su implicación en el desempeño ocupacional de un grupo de adultos mayores”

CAROL VANESSA TASCON SOLARTE
JOHANA MARCELA SALAS ZAMORA
JENNIFER PAOLA BUCHELI PABON

Trabajo de grado para optar al título de Terapeuta Ocupacional

LENIS JUDITH SALAZAR TORRES
DIRECTORA DE TRABAJO DE GRADO
*Terapeuta Ocupacional,
Neuropsicóloga*

SARA RUIZ ÁLVAREZ
ASESORA EXPERTA
*Terapeuta Ocupacional, Máster en
terapia a través del movimiento y la
danza*

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA
PROGRAMA ACADÉMICO DE TERAPIA OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI-VALLE DEL CAUCA
2016**

DEDICACIONES

Dedicado a todas las personas que participaron en este estudio, a su disciplina, constancia, vitalidad y afecto. A los adultos mayores del programa jubilados activos que hicieron posible este estudio.

A quienes desarrollan la bella labor de trabajar por los jubilados de nuestra alma mater, a María Cecilia Ángel y Ana Eugenia Gil, por creer en nuestra propuesta y brindarnos apoyo constante durante este proceso.

A nuestras asesoras: Sara Ruiz y Judith Salazar por su constancia y perseverancia en este proceso, gracias por brindarnos sus conocimientos. Gracias por guiarnos y acompañarnos en esta etapa de transición a ser profesionales.

A nuestras familias por creer en nosotras y apoyarnos en nuestros sueños. Gracias por hacer de nosotras mejores personas.

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE GRAFICAS.....	6
RESUMEN	8
1. INTRODUCCIÓN.....	10
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
4. OBJETIVOS	19
5. MARCO TEÓRICO	20
1.1 DESEMPEÑO OCUPACIONAL	20
1.1.1 Modelo de la Ocupación Humana.....	20
1.1.3 Capacidad de desempeño y cuerpo vivido	22
1.1.4 Desempeño Ocupacional en el adulto mayor	23
1.2 FATIGA.....	24
1.2.1 Síntomas motores.....	25
1.2.2 Síntomas no motores.....	25
1.2.3 Fatiga y el adulto mayor	26
1.3 DANZA MOVIMIENTO TERAPIA (DMT).....	27
1.3.1 Danza Movimiento Terapia y el adulto mayor	28
6. MARCO CONTEXTUAL	30
7. METODOLOGÍA.....	32
7.1 TIPO DE ESTUDIO	32
7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	32
7.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	33
7.3.1 La intervención	34
7.3.2 Los instrumentos de recolección de datos.....	36
8. ANALISIS DE LA INFORMACION.....	46
8.1 RESULTADOS.....	46
8.1.2 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE)	48
8.1.3 Escala FACIT de fatiga.....	63

8.1.4	Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud	70
8.1.5	Registro Individual por sujeto sobre percepciones asociadas al espacio de Danza Movimiento Terapia.....	88
8.2	ANALISIS DE LA INFORMACION	89
8.2.1	Eje temático de volición	89
8.2.2	Eje temático de cuerpo vivido y capacidad de desempeño	92
8.2.3	Eje temático de fatiga y desempeño ocupacional.....	95
9.	CONCLUSIONES	98
10.	LIMITACIONES	100
11.	RECOMENDACIONES.....	101
12.	APORTES Y CONTRIBUCIONES.....	103
13.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
14.	ANEXOS.....	107

ÍNDICE DE GRAFICAS

GRAFICA 1 Caracterización de la muestra por género.	47
GRAFICA 2 Caracterización de la muestra por estado civil.	48
GRAFICA 3 Caracterización de la muestra por nivel de escolaridad.	48
GRAFICA 4 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pres y Post test. Grupo A (Grupo experimental) Pregunta 1.	49
GRAFICA 5 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pres y Post test. Grupo A (Grupo experimental) Pregunta 2.	50
GRAFICA 6 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pres y Post test. Grupo A (Grupo experimental) Pregunta 3.	51
GRAFICA 7 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo A (experimental) Pregunta 4.	52
GRAFICA 8 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo A (experimental) Pregunta 5.	53
GRAFICA 9 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo A (experimental) Pregunta 6.	54
GRAFICA 10 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo A (experimental) Pregunta 7.	55
GRAFICA 11 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo A (experimental) Pregunta 8.	55
GRAFICA 12 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 1.	56
GRAFICA 13 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 2.	57
GRAFICA 14 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 3.	58
GRAFICA 15 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 4.	59
GRAFICA 16 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 5.	60
GRAFICA 17 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 6.	61
GRAFICA 18 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 7.	62
GRAFICA 19 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 8.	63
GRAFICA 20 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 1.	70
GRAFICA 21 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A y B. Pregunta 1.	71
GRAFICA 22 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 2.	72
GRAFICA 23 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A y B. Pregunta 2.	72
GRAFICA 24 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 6.	78
GRAFICA 25 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A y B. Pregunta 6.	79
GRAFICA 26 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 7.	79
GRAFICA 27 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A y B. Pregunta 7.	80
GRAFICA 28 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 10.	85
GRAFICA 29 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A y B. Pregunta 10.	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Matriz de análisis.....	37
Tabla 2 Componentes de NIH Activity Record ACTRE a la luz de la Matriz de Análisis.....	41
Tabla 3 Componentes de Escala de fatiga FACIT a la luz de la Matriz de Análisis	43
Tabla 4 Componentes del SF-36 a la luz de la Matriz de Análisis.....	45
Tabla 5 Escala FACIT de fatiga. Pretest. Grupo A y B.	65
Tabla 6 Escala FACIT de fatiga. Postest. Grupo A y B.....	68
Tabla 7 Escala FACIT de fatiga contraste. Test Wilcoxon.....	70
Tabla 8 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 3.	73
Tabla 9 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A y B. Pregunta 3.	75
Tabla 10 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 4.	76
Tabla 11 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A y B. Pregunta 4.	76
Tabla 12 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 5.	77
Tabla 13 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A y B. Pregunta 5.	77
Tabla 14 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A. Pregunta 8	80
Tabla 15 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo B. Pregunta 8	81
Tabla 16 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A. Pregunta 8.....	81
Tabla 17 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo B. Pregunta 8.....	81
Tabla 18 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 9	83
Tabla 19 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A y B. Pregunta 9	85
Tabla 20 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 11	87
Tabla 21 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A y B. Pregunta 11	88
Tabla 22 Registro individual por sujeto sobre percepciones asociadas al espacio de Danza Movimiento Terapia	89

RESUMEN

El presente fue un estudio cuasi experimental que tuvo como fin establecer y describir si la participación de un grupo de adultos mayores pertenecientes al programa de Atención integral al adulto mayor de la Universidad del Valle, en un programa basado en los principios teóricos y prácticos de Danza Movimiento Terapia, influye sobre la percepción de fatiga y el desempeño ocupacional. Para lo anterior se intervino con catorce (14) sujetos (para efectos del presente estudio serán denominados grupo experimental) quienes participaron de 16 sesiones de Danza Movimiento Terapia durante 2 meses. Dicha muestra fue comparada con otro grupo de cuatro (4) sujetos (para efectos de del presente estudio denominados grupo control) los cuales no fueron intervenidos. Ambos grupos fueron evaluados a través de un modelo pretest-posttest por medio del cual se realizaron dos mediciones sobre las variables con el fin de establecer los resultados previos a la intervención (pre test) y otra después de las sesiones realizadas (post test). A través de esto se pudo establecer una influencia directa sobre el desempeño ocupacional al fortalecer aspectos asociados a la volición y capacidad de desempeño subjetiva dimensionado en la participación en actividades significativas y reducción de la fatiga en su ejecución. De igual forma se genera evidencia científica basada en la práctica de terapia ocupacional y los principios de la danza movimiento terapia brindando contribución para los participantes y para la disciplina a nivel social y académico.

Palabras clave: Adulto Mayor, Danza Movimiento Terapia, Desempeño Ocupacional, Cuerpo vivido, Volición.

ABSTRAC

This quasi-experimental study was aimed to establish and describe whether the participation of a group of older adults from the program of comprehensive care to adult of the Universidad del Valle, in a system based on the theoretical and practical principles of Dance program movement Therapy, influences the perception of fatigue and occupational performance. For the above fourteen (14) subjects (for purposes of this study will be called experimental group) were intervened participating in 16 sessions of Dance Movement Therapy for 2 months, the sample was compared with another group of four (4) subjects (for effects of the present study called control group) which were not operated. Both groups were evaluated through a pretest-posttest model whereby two measurements on the variables in order to establish previous results to the intervention (pretest) and one after the sessions (posttest) were performed. Through this could be established a direct influence on occupational performance by strengthening aspects associated with volition and subjective performance capacity dimensioned participation in significant activities and reducing fatigue in its execution. Similarly scientific evidence-based occupational therapy practice and principles of dance movement therapy providing social and academic contribution is generated.

Key words: Older Adult, Dance Movement Therapy, Occupational performance, Lived Body, Volition.

1. INTRODUCCIÓN

“El envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen desde el mismo momento del nacimiento y se incrementa con el paso del tiempo e involucra a todos los seres vivos. Es un proceso biológico, social y psicológico, como resultado de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta y va delineando la última etapa de la vida: la vejez”(1).

No hay ningún procedimiento que pueda detener el tiempo en cuanto al envejecimiento, pero existe la posibilidad de mejorar la calidad de vida en ese proceso. La fatiga, por ejemplo, afecta directamente las funciones del organismo debido a que se asocia al desánimo, limitante de la capacidad para el funcionamiento físico y la participación social, provocando sedentarismo y aislamiento. El presente estudio busca establecer qué influencia tiene el movimiento, las emociones, la consciencia sobre sí mismos, sobre los niveles de fatiga que se pueden presentar en adultos mayores vitales y sanos, pero que por el mismo proceso de envejecimiento, enfrentan síntomas de fatiga. De esta forma se desea establecer la conexión que existe entre los síntomas físicos y emocionales de la fatiga y el uso de estos recursos terapéuticos.

Con la danza movimiento terapia se pretende el aumento de actividad y mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, el afianzamiento de la relación con la comunidad de la que forman parte y la apertura de posibilidades para expresar sus propios impulsos y necesidades en un marco grupal. La Danza Movimiento Terapia es una herramienta que no sólo se enfoca en el cuerpo y la postura, aunque es claro que en el que en el adulto mayor se pueden ver altamente deterioradas, sino en que las personas puedan comprender sus propias experiencias y logren transformarlas para aprender a existir de forma efectiva en sus entornos y asumir sus problemas y desafíos.

Desde el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO), la esfera ocupacional se fundamenta sobre la base de que cuerpo y mente no pueden estar disociados y funcionan como una unidad para permitir la participación y el desarrollo de todas las personas a través de comportamientos ocupacionales. El envejecimiento es un proceso psicobiológico con pérdida de función progresiva e irreversible que afecta directamente su esfera ocupacional. No se trata de una enfermedad, pero si se debe decir que debilita al individuo y favorece que pueda caer enfermo de forma aguda o crónica. A la vez es un proceso social que se conceptualiza por una retirada con respecto a las funciones sociales y culturales, en las que se destaca la jubilación.

El presente estudio busca establecer y describir si la participación de un grupo de adultos mayores en un programa basado en los principios de Danza

Movimiento Terapia, incide sobre la fatiga y el desempeño ocupacional, más específicamente sobre el cuerpo vivido, el cual es un concepto que se refiere a la experiencia subjetiva que cada persona tiene sobre su propia capacidad para hacer cosas, sobre su capacidad de desempeño (Kielhofner 2004) y los aspectos volitivos que se asocian a este último.

Se pudo establecer una influencia directa de la intervención sobre el desempeño ocupacional de los sujetos al evidenciar mejoría en aspectos asociados a la volición y a la percepción subjetiva de su capacidad de desempeño. Los resultados revelan que al vincular la intervención de terapia ocupacional con los principios teóricos y prácticos de la danza movimiento terapia se logran integrar aspectos fisiológicos, motores y emocionales relacionados específicamente con las percepciones que los participantes tienen sobre la fatiga, su cuerpo y el desenvolvimiento de este en los diferentes contextos. Potenciando así las intervenciones con este grupo poblacional por medio de la creación de alternativas que les faciliten una participación activa en su desempeño ocupacional.

2. JUSTIFICACIÓN

Debido al aumento en la esperanza de vida de la población, en todo el mundo se gestan acciones para promover una mayor calidad de vida en las personas mayores. Como organismo internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS)(2), promueve nuevas estrategias para satisfacer las necesidades de la población mundial que envejece, y plantea que la atención a las personas mayores se convertirá en un gran reto para los sistemas de salud pública, determinando que la población mayor debe ser prioridad en las intervenciones y programas estatales destinados a garantizar una mayor calidad de vida a estas personas.

Por este motivo, los sistemas de salud pública en todo el mundo se enfrentan al reto de una mayor longevidad. En Colombia a través de su Constitución Política en el Artículo 46, se determina que es función del Estado, la sociedad y la familia concurrir en la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promover su integración a la vida activa y comunitaria(3). Igualmente, a través de la ley 1251 de 2008, se dictan las normas para la defensa de los derechos de los adultos mayores, abarcando entre otros, la funcionalidad y la ocupación en esta etapa del ciclo vital. A través de esta ley se determina normatividad para la Implementación de diversas actividades de productividad y sostenibilidad social y/o económica que busquen mantener, recuperar y/o habilitar la funcionalidad física y mental, así como el reconocimiento individual de los adultos mayores como miembros activos de la sociedad con base en las capacidades, habilidades, intereses y condiciones de cada uno de ellos. De igual manera la ley 1315 de 2009 busca garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones donde se preste atención a estos, esta ley exige en su artículo 10 que se cuente con terapeuta ocupacional o profesor de educación física, para el mantenimiento de las funciones biopsicosociales mediante acompañamiento psicológico y todo personal que pueda brindar talleres de artes manuales e intelectuales que permitan mantener la productividad tanto física como mental de los residentes.

Como se sabe, el envejecimiento natural produce las primeras consecuencias funcionales en la vida del anciano, además de esto existe una mayor probabilidad de enfermar, más que en otros grupos de edad y, por tanto, mayor posibilidad de afectar o deteriorar el desarrollo de ocupaciones de algún modo(4). Es por este motivo que los programas de terapia ocupacional apoyados en la legislación y orientados al mantenimiento de la funcionalidad en el adulto mayor, son relevantes como parte de una atención integral a este grupo poblacional. Estudios ratifican las disminuciones en la salud física y mental pueden ser retrasadas por la aplicación de un estilo de vida más saludable. Esto pone en relieve la necesidad de desarrollar intervenciones que promuevan comportamientos saludables en las personas mayores(5).

Al envejecer se produce un desgaste natural de la persona y sus sistemas y cambios degenerativos asociados con características biológicas, sin embargo, existen factores ambientales que son relevantes y determinantes para el estado de salud y la calidad de vida. Factores como el estrés, el ejercicio, el tabaquismo y la exposición a la luz del sol, pueden acelerar o retrasar la progresión de los cambios en los adultos mayores(6). Se ha demostrado que uno de estos cambios es la sensación de fatiga y cansancio permanente en la realización de sus actividades, por eso la fatiga es una de las principales afecciones que aqueja a los adultos mayores. Este cansancio persistente e inexplicable aumenta el riesgo de aparición de la discapacidad y es una causa importante de la restricción para la realización de actividad física en los adultos mayores(7). La fatiga se asocia con muchos dominios de la funcionalidad entre los adultos mayores, como los relacionados a la estructura del cuerpo y la función, limitación de la actividad, y la restricción de la participación, abarcados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y el marco de la salud (CIF)(7).

La fatiga es uno de los síntomas más comunes experimentados por las personas mayores con o sin enfermedad crónica. Estudios previos, han demostrado que la prevalencia(8) de la fatiga entre la población general de Georgia, EEUU varió entre 2,36% y 75,7%. Otros estudios reportan que la prevalencia de fatiga en adultos va del 5% a casi el 50%(9). Los datos de la oleada de 2004 del Estudio de Salud y Jubilación revelan que los estadounidenses mayores de 51 años mostraron un prevalencia de fatiga del 31,2%(9), un último estudio describe la fatiga como el síntoma más común en la vejez, el cual se experimenta en más del 20% de las personas sin discapacidad(10). A pesar de ser conocida por ser un síntoma frecuente asociado con enfermedades crónicas, se reportan a través de los años cada vez más personas que experimentan fatiga en ausencia de una enfermedad conocida(11). Pese al hecho que la etiología no está clara, algunos autores han sugerido que aunque la fatiga no está únicamente relacionada con el envejecer, si está ligada al proceso de envejecimiento e incluso puede ser una señal de aceleración del envejecimiento con consecuencias graves para la salud(11).

La fatiga es una sensación desagradable y angustiante, y puede afectar el funcionamiento y la calidad de vida. También puede inhibir a una persona mayor de participar de manera óptima en un programa de terapia física destinada a la rehabilitación o la promoción de una mejor salud. De hecho, es una de las razones más comunes dadas por las personas mayores en la comunidad para la restricción en las actividades y es con frecuencia una causa de la discapacidad. La fatiga puede llegar a ser una experiencia abrumadora y angustiante que limita la capacidad para el funcionamiento físico y la participación social.

Varios estudios han mostrado que cuando la fatiga prevalece durante mucho tiempo puede predecir la morbilidad y la mortalidad futura. Algunos factores de riesgo potenciales de la fatiga se demostraron en estudios previos. Junghaenel y colegas(12) confirmaron que ser mujer, tener una edad avanzada, ser soltero y

tener menor nivel educativo se asocia con aumento de la fatiga. Dada la alta prevalencia de la fatiga, así como el impacto potencial de la fatiga en la capacidad de la persona mayor y la voluntad de ser físicamente activo, se deben orientar programas que minimicen los efectos adversos de la fatiga en las actividades de la vida diaria y generen adherencia y sean adecuados al grupo etario al cual se dirigen.

Al pasar de los años la prevalencia de la discapacidad y la dependencia se acentúan notablemente, en España, sólo un 11,8% de los adultos tienen dificultades para realizar alguna actividad entre los 65 y 74 años, pero sube al 66,7% entre los de edad más avanzada (85 y más años): dos de cada tres necesitan ayuda para mantener una cierta autonomía. De igual forma se identifica que se empieza primero a tener problemas en la realización de actividades más complejas y luego en las más simples, es decir, se empiezan a perder habilidades en el orden contrario al que se adquirieron(13). Desde esta perspectiva se encuentra la visión de terapia ocupacional, la cual concibe y promueve que las personas mayores deben sentirse valoradas y reconocidas por su experiencia en la vida, deben tener la oportunidad de ser protagonistas de su condición y de poder tomar las decisiones que consideren más adecuadas con base en su situación personal y social(13).

El envejecimiento activo, definido como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, es el marco ideal para la modificación de actitudes profesionales y la promoción activa de las personas mayores. La terapia ocupacional (TO) concibe a la persona mayor como un miembro activo y participativo en su entorno social, cultural y espiritual y cuyo objetivo principal es el de mejorar la capacidad de los adultos mayores para realizar actividades de la vida diaria (AVD) y para cumplir sus funciones (ocupaciones) en su hogar y la comunidad(13).

En todos los países, y sobre todo en los países en vías de desarrollo, las medidas para ayudar a las personas ancianas para que sigan sanas y activas son, más que un lujo, una auténtica necesidad, por tanto las políticas y programas han de basarse en los derechos, las necesidades, las preferencias y las capacidades de las personas mayores (14).

Las afecciones en los adultos mayores influyen en aspectos individuales y sociales, en la salud física y mental(15). No obstante, la mayoría de programas de actividad física que se les brindan, se dirigen a las dimensiones de la aptitud (por ejemplo, la fuerza muscular, la capacidad aeróbica, el equilibrio, la agilidad, etc.), otros programas abordan la combinación de varias dimensiones pero de manera segmentada 'stop-start'. Es importante reconocer que estos enfoques reduccionistas pueden no ser las mejores formas de generar beneficios positivos en la población adulta mayor. La Danza Movimiento Terapia, por su parte, propone intervenciones que involucran la activación de la esfera corporal-física, así como la integración de los aspectos socioemocionales y cognitivos. Este tipo de

intervenciones han mostrado reducir el riesgo de fatiga y disminuir el impacto que hay en la participación de actividades básicas de la vida diaria cuando se presenta la fatiga.

La danza es una actividad rítmica compleja y posee un enfoque integral que concibe a la persona como un ser holístico e involucra factores físicos, cognitivos y sociales(16). Esta investigación trabajó desde un enfoque centrado en la persona, como lo propone el Modelo de la Ocupación Humana e Igualmente, permite retomar aspectos multiculturales y reconocerlos enriqueciendo el espacio que comparten los adultos mayores(16). De igual manera, la participación social a través de actividades de danza, promueven la interacción entre grupos de adultos mayores, y es una forma efectiva para la promoción de la salud en las personas. A diferencia del ejercicio sencillo, la actividad de danza/movimiento añade el beneficio de la expresión emocional, dejando a la persona en el contexto relacional de la terapia, consciente de los sentimientos y percepciones, pero después de haber descargado los productos bioquímicos en la respuesta al estrés(17). Esto favorece el sentido de competencia, garantiza la adherencia a los programas, influye de forma directa en el componente volitivo de la persona y se relaciona con una mejor calidad de vida de las poblaciones(18), lo cual se traduce finalmente en una mejoría en el desempeño ocupacional de los adultos mayores.

La intervención desde terapia ocupacional bajo el modelo de la ocupación humana comparte principios con la danza movimiento terapia para favorecer el desempeño ocupacional. Según la Asociación Americana De Danza Movimiento Terapia (ADTA) el fin de la misma "es usar el movimiento en un proceso que promueve la integración emocional, social, cognitiva y física de la persona(19)".

Los métodos básicos de la danza movimiento terapia son inherentemente flexibles, reflejando y respondiendo a la amplificación del movimiento, llevando la experiencia kinestésica a la conciencia y facilitando la resolución de problemas a través de la exploración creativa de las opciones de movimiento. Es así como haciendo uso de la capacidad inherente del movimiento se facilita y mejora la integridad de mente-cuerpo, proporcionando una herramienta poderosa para el orden inferior de las funciones del sistema nervioso y su reintegración con las operaciones cerebrales de orden superior(20).

Se han realizado diversos estudios del sistema musculoesquelético y su relación tanto con el movimiento expresivo, los estados mentales y la actividad cerebral. Hanna(21) observó que las actividades físicas de baile logran modular respuestas neuroendocrinas y también señaló: "El baile induce la liberación de endorfinas que producen analgesia y euforia".

Por consiguiente, el uso de los movimientos expresivos y creativos desde la danza movimiento terapia pueden influir en la salud física, aumentando la función kinestésica, propioceptiva, táctil y la recepción vestibular. Estas funciones básicas sensorio-motoras son cruciales para la reorganización cognitiva, física y emocional. Lo cual permite que las personas puedan comprender sus experiencias

nuevas y transformarlas para aprender a existir de forma efectiva en sus entornos y resolver sus problemas y desafíos para participar adecuadamente en sus roles ocupacionales. De igual forma genera impacto en los componentes volitivo y capacidad de desempeño para generar y reconocer la eficiencia y capacidad personal de los adultos mayores en la realización de sus actividades diarias, reducir los índices de fatiga y con ello se propicia que esta población se enfrente a su entorno con mayor independencia y seguridad(22).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

"El envejecimiento de la población es una de las tendencias más significativas en el siglo XXI. [...] A escala mundial, cada segundo dos personas cumplen 60 años. Es un fenómeno que no puede ser ignorado"(23). De esta forma, el envejecimiento representa una importante meta de la salud pública, y cuidar de una población cada vez mayor que envejece implica el reconocimiento de la importancia de la relación entre la edad, la función y la forma en que las intervenciones de atención de salud se entregan(24).

Al conocer los cambios biológicos sucedidos a lo largo de la vida del individuo, es posible reconocer en esta población, las dificultades causadas por el paso del tiempo, entre ellas se encuentran: pérdida de movilidad y estabilidad, disminución de la masa muscular, reducción en el tono muscular y fatiga. Esta última, es un síntoma común entre los adultos mayores, aún más frecuente con el aumento de la edad y a su vez tiene profundas consecuencias sobre la función y la salud, asociándose con problemas de dolor, sueño, depresión, y aumento de la mortalidad(25).

Desde la organización mundial de la salud se define la política del envejecimiento activo como el proceso por medio del cual se busca optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a través de la incorporación de estrategias que mejoren la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. En este sentido, se requiere generar evidencia de los diferentes medios terapéuticos a través de los cuales se pueda intervenir en dicha población.

En esta línea desde Terapia Ocupacional se reconoce la importancia del desempeño ocupacional, destacando la experiencia subjetiva del hacer, especialmente cuando las personas experimentan distintos deterioros como ocurre con la presencia de fatiga en los adultos mayores. De esta forma se ofrece una importante ventana a la experiencia de las limitaciones y alteraciones de la capacidad.

Por otro lado, a través de la DMT se podría brindar la relevancia a la experiencia para transformar la capacidad, porque desde el terreno de la experiencia se pueden descubrir estrategias eficaces de cambio, usándola como una forma de resolver los propios problemas y desafíos. La transformación de la capacidad de desempeño depende de la transformación de la experiencia(22). Al fomentar el uso de movimiento creativo e Integrar las funciones motoras, emocionales, afectivas y cognitivas con la intención de promover beneficios para los participantes a través de la ampliación del repertorio de movimiento(26). De esta forma se podría incidir sobre la sensación de bienestar que experimenten las personas y por ende se promovería una mejora en el desempeño ocupacional de las mismas. Retomando todos estos aspectos, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Influye un programa basado en los principios de la Danza Movimiento Terapia sobre los niveles de fatiga y el desempeño ocupacional en un grupo de adultos mayores pertenecientes al programa de jubilados activos de la Universidad del Valle?

4. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL

Establecer la influencia de un programa de Danza Movimiento Terapia sobre el nivel de fatiga y sus implicaciones en el desempeño ocupacional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al programa de Atención Integral al Adulto Mayor (Jubilados Activos) de la Universidad del Valle.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar la caracterización sociodemográfica de la población.
- Identificar relaciones entre la participación de adultos mayores y el programa basado en los principios de danza movimiento terapia, respecto a transformaciones desde lo volitivo y el cuerpo vivido en la disminución de sus índices de fatiga.
- Describir las relaciones existentes entre fatiga, movimiento, emocionalidad y desempeño ocupacional.

5. MARCO TEÓRICO

1.1 DESEMPEÑO OCUPACIONAL

El Desempeño ocupacional es el resultado de concebir al ser humano y a la ocupación en movimiento, los cuales actúan en un medio ambiente espaciotemporal y sociocultural(27). El desempeño ocupacional también se concibe como la interacción entre tres dimensiones: la persona con sus cualidades físicas, mentales y sociales; las ocupaciones de autocuidado, juego/esparcimiento y trabajo/estudio y las condiciones del contexto físico, temporal y social. Estas tres dimensiones promueven la organización, integración, productividad y realización humana.

En esta misma línea, se concibe como un proceso durante el cual las personas se motivan y realizan ocupaciones, de acuerdo con una trayectoria en la que intervienen sus capacidades, las exigencias ocupacionales y los estímulos (favorables o desfavorables) del medio ambiente y por el cual se construyen significados de vida(27).

Es así cuando la interacción es satisfactoria y efectiva para la persona, se favorece el cumplimiento de las metas de desarrollo y satisfacción personal, familiar y sociocultural. Pero cuando intervienen factores adversos de índole biopsicológica o contextual se presentan disfunciones/alteraciones del desempeño ocupacional(27). Por lo tanto la interacción entre las áreas, los componentes y los contextos de la ejecución determinan el éxito del desempeño ocupacional.

Teniendo en cuenta los aspectos anteriormente descritos se concibe que: “[...] *La ocupación va más allá de la organización física y mental, el intercambio social y la productividad. La ocupación cuando tiene sentido optimiza los potenciales humanos hacia la plenitud*”(27).

1.1.1 Modelo de la Ocupación Humana

El modelo de la ocupación humana concibe aspectos como la capacidad de desempeño, la volición y la habituación como factores que determinan la participación en ocupaciones significativas y con propósito, proveen satisfacción, y apoyan el bienestar físico, cognitivo, emocional y social de las personas. Como modelo conceptual, aborda los siguientes temas prácticos(22):

- De qué modo la ocupación se motiva, se organiza en patrones de vida y se desempeña en el contexto del ambiente
- Que sucede cuando existen impedimentos, enfermedades y otros factores que crean problemas ocupacionales

- De qué modo la terapia ocupacional facilita la participación en ocupaciones que proveen significado y satisfacción, y apoyan el bienestar físico y emocional de las personas.

Cuando trabajamos, jugamos, y realizamos actividades de la vida diaria, moldeamos nuestras capacidades, nuestros patrones de vida e interacción con los otros y nuestra comprensión de nuestro mundo y nosotros mismos. En gran medida, cada uno de nosotros es autor de su propio desarrollo a través de lo que hace.(22)

En consecuencia, tanto las circunstancias de la persona como del medio ambiente contribuyen a la motivación, los patrones de comportamiento y el desempeño, por ende estas se complementan e influyen en la experiencia que se tiene del hacer y en el curso del desarrollo ocupacional(22).

5.1.2 Volición

En el modelo de la ocupación humana uno de los componentes que se conceptualiza es la volición que se define como un patrón de pensamientos y sentimientos acerca del propio ser como actor en el propio mundo que ocurren cuando anticipa, elige, experimenta, e interpreta lo que hace. Los pensamientos y sentimientos volitivos se relacionan con lo que se considera importante (valores), percibe como capacidad y eficacia personal (causalidad personal) y se encuentra disfrutable (intereses). Los valores, la causalidad personal y los intereses son temas universales en los pensamientos y sentimientos de todas las personas acerca de lo que hacen. Pero nuevas circunstancias, como las alteraciones en el medio ambiente o en la capacidad de desempeño, pueden cambiar y alterar estos pensamientos y sentimientos.

La volición de cada persona es moldeada por una perspectiva lógica sobre sí mismo y sobre el medio ambiente. Esta lógica se adquiere de la propia cultura, a través de intercambios continuos con los otros(22). Se desea ser competente al hacer las cosas que se valoran. Se tiende a hallar disfrutable aquellas cosas que las personas logran hacer bien y hay sufrimiento cuando no se puede rendir bien en las cosas que importan profundamente.

Igualmente se reconoce que la necesidad volitiva es mediada a través de otros fenómenos influidos físicamente como el humor, el nivel de energía, la fatiga, etc. Por lo tanto “La motivación a una tarea puede influir en el grado de esfuerzo físico dirigido a esa tarea, mientras que los deterioros físicos pueden disminuir el deseo de hacer las cosas”(22). Por consiguiente, cuando hay deterioros se generan cambios en la concepción del yo como capaz(22). La presencia de dolor, fatiga y las limitaciones de sensación, cognición o movimiento pueden generar impactos en la experiencia de la ejecución del desempeño que realicen las personas(22).

Esta incapacidad se experimenta como una dificultad para hacer las cosas que tienen importancia en la vida de las personas y los deterioros físicos, la fatiga, el dolor y la preocupación pueden reducir o eliminar el sentimiento de placer en las ocupaciones. Además, es posible que se ocasione el abandono de la realización de una amplia gama de actividades de la vida diaria, especialmente aquellas que tengan demandas de estrés físico excesivo o que impliquen el uso de habilidades de procedimiento y cognitivas.

1.1.3 Capacidad de desempeño y cuerpo vivido

Así mismo desde el modelo de la ocupación humana se define la capacidad de desempeño como la capacidad de hacer cosas. Se encuentra conformada de aspectos físicos y mentales objetivos y la experiencia subjetiva, por lo cual se analiza la ejecución del desempeño no sólo desde el uso de habilidades que pueden ser observadas desde el exterior, sino que se consideran relevantes los significados e interiorizaciones que cada persona realice frente al hacer. Por lo tanto existe un reconocimiento creciente de la importancia en considerar juntos cuerpo y mente para explicar fenómenos ocupacionales(22).

De esta forma se puede empezar a comprender la unidad mente-cuerpo prestando atención tanto al modo en que se experimenta el cuerpo como al modo en que se encarna la mente, desde esta idea surge el concepto de cuerpo vivido. Leder (1990.p1) empleó este término para destacar de qué modo se vive a través del cuerpo, es decir, al hacer cosas y aprender cómo hacer cosas, se necesita no solo de los componentes objetivos que forman la capacidad de desempeño, sino también la experiencia del ejercicio de las capacidades.

Desde este enfoque se retoma el concepto de cuerpo vivido, el cual según Merleau-Ponty es experimentado en conexión inmediata con el medio ambiente. Este autor investigó y desarrolló un punto de vista del desempeño humano que prestaba cuidadosa atención a la naturaleza de la experiencia, destacó un enfoque fenomenológico que consideraba la experiencia subjetiva como fundamental para el conocimiento de la percepción, la cognición y la acción humanas.

Leder describe el cuerpo vivido de la siguiente forma:

"La experiencia humana esta encarnada. Yo recibo del mundo circundante a través de mis ojos, mis oídos, mis manos..., mis piernas me llevan hacia un objetivo deseado observado a la distancia. Mis manos se alargan para tomar las herramientas..., mis acciones están motivadas por las emociones, necesidades, deseos que surgen del yo corporal. Las relaciones con los otros se basan sobre nuestra reciprocidad de mirada y tacto, nuestra palabra, nuestras resonancias de sentimiento y perspectiva"(22).

El concepto del cuerpo vivido destaca dos ideas fundamentales, primero mente y cuerpo son vistos no como fenómenos separados, sino como parte de una única entidad unitaria. Segundo, la experiencia subjetiva del desempeño no es simplemente un artificio del desempeño. En cambio es fundamental para el modo en que las personas se desempeñan. Es así como al hacer cosas y aprender cómo hacer cosas, se necesita no solo los componentes objetivos que forman la capacidad de desempeño, sino también la experiencia del ejercicio de las capacidades propias de la persona. En la vida cotidiana, los cuerpos vividos incluyen tanto la experiencia del cuerpo como objeto y sujeto. Sin embargo cuando se actúa, el cuerpo es experimentado principalmente como sujeto.

Se experimenta el cuerpo como el “yo” que siempre está recogiendo el mundo que lo rodea y haciendo cosas en ese mismo mundo. Más aún se experimenta el propio cuerpo no como una *"colección de órganos adyacentes, sino como un sistema sinérgico, en donde todas las funciones son ejercidas y están ligadas en la acción general de ser en el mundo..."*(22). Por consiguiente se está más consciente cuando se es cuerpo en medio de la acción, debido a que de esta forma se puede generar experiencia en respuestas a las propias preguntas que son planteadas como formas de actuar hacia el mundo y en él. Lo que la mente pregunta del mundo y las respuestas que constituyen el conocimiento acumulado de la mente, se hace, en gran medida, a través de la acción corporal.

También es importante señalar que cuando se ha aprehendido la sensación de cómo hacer algo, repetirlo es completamente diferente porque ya no se presta atención a los aspectos objetivos de hacer la acción. En cambio, se concentra en la experiencia y se utiliza como guía para el desempeño como lo describe Sudnow(22). En consecuencia, aprender a desempeñarse implica hallar la experiencia correcta y el desempeño y dirigirse a esa experiencia. Para llevar a cabo cualquier desempeño se es guiado no por las características objetivas de lo que está involucrado, sino por el modo que se siente hacerlo.

Es por esto cuando hay una alteración en la experiencia como puede ser la causada por la fatiga se altera también el desempeño, por lo cual adaptarse a la alienación corporal puede ser una tarea importante para recuperar la capacidad en una variedad de personas.

1.1.4 Desempeño Ocupacional en el adulto mayor

La capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y, naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. El ritmo del descenso está determinado, al menos en parte, por el comportamiento y los factores de exposición a lo largo de la vida. Entre ellas cabe mencionar los alimentos, la actividad física y la exposición a

riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o sustancias tóxicas.

Los adultos mayores son el sector de más rápido crecimiento de la población, con casi 5 millones de personas mayores de 65 años en el mundo, la incidencia de enfermedades crónicas aumenta con la edad, y una de cada diez personas de 75 años o más requieren asistencia con las actividades básicas de la vida diaria(28). Dichos deterioros físicos pueden disminuir el deseo de hacer las cosas y la experiencia en el hacer, lo cual está estrechamente relacionado con la calidad de vida. Es por esto que debido a la presencia de deterioros o enfermedades frecuentes en esta etapa de la vida, se genera un impacto en la ejecución del desempeño ocupacional de esta población.

Los adultos mayores tienen perspectivas únicas sobre lo que se considera independiente versus qué tipo de actividades se consideran dependientes. Los terapeutas ocupacionales consideran cada adulto individualmente para entender el punto de vista que tienen sobre el envejecimiento y lo que es significativo en relación con el mantenimiento de la independencia(22).

1.2 FATIGA

El término "fatiga" es utilizado por los pacientes, los médicos, y las personas en general para describir diferentes conceptos complejos y multifactoriales, que puede llevar a confusión e inconsistencia, principalmente porque el término "Fatiga" no aparece como una categoría en la Organización Mundial de la Salud (Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y la salud). La aproximación más cercana es la función del cuerpo de "tener energía" (" b1300: nivel de energía "), la cual se encuentra dentro de la categoría de "la función mental." Por esta razón, la fatiga podría ser considerada como "no tener energía". Sin embargo, claramente no es una definición adecuada y es imposible a través de ésta diferenciar entre las diferentes etiologías, presentaciones y experiencias de la fatiga. A partir de los estudios se han diferenciado tres conceptos principales de fatiga(9):

- Una sensación persistente de cansancio que interfiere con el funcionamiento diario cotidiano.
- Un sentido de disminución de la energía y una mayor necesidad de descansar.
- El cansancio físico y mental resultante de un esfuerzo sostenido abrumador.

Se establecen dos definiciones relacionadas con el término "Fatiga". La primera define la fatiga como el estado de cansancio después de un período de esfuerzo, mental o físico, caracterizada por una disminución de la capacidad para trabajar y la reducción de la eficiencia de responder a los estímulos. La segunda se

reconoce como un signo clínico o síntoma que se manifiesta con la debilidad, la falta o pérdida de fuerza y energía. Trendall(29) y otros autores describen el primer concepto de fatiga mencionado anteriormente y lo relacionan con el ejercicio, lo describen como de aparición rápida, de corta duración, y de alivio con el descanso, el sueño o la alimentación. Este tipo de fatiga, según afirman, tiene una función protectora. Sin embargo, el envejecimiento es un proceso biológico y fisiológico, y la fatiga asociada a éste pueden ser el resultado de procesos acumulativos y el decline en varios sistemas.

Por último, es importante resaltar algunas inconsistencias en el uso del término fatiga. Muchos de los pacientes y los médicos utilizan los términos "cansado", "sueño", y "fatigado" de manera intercambiable, lo que hace necesario desmenuzar estos términos con el fin de determinar si el tema principal es la somnolencia o la fatiga. La somnolencia se ha definido como "una tendencia a quedarse dormido" o "una mayor propensión a dormirse o conciliar el sueño." Esto tiene claramente diferentes implicaciones para el diagnóstico clínico y el tratamiento, y es importante que los 2 constructos sean separados tanto como sea posible(11).

La fatiga sigue siendo un concepto en evolución; con definiciones más claras y mayor consenso entre los investigadores y los clínicos, con una mejor comprensión de las causas, y métodos de prevención, gestión, y tratamiento(11).

1.2.1 Síntomas motores

Los síntomas motores mostrados por adultos mayores a raíz de la participación en actividades fatigantes, son principalmente asociados a disminuciones en el equilibrio y la marcha, lo que a su vez puede estar relacionado con un mayor riesgo de caídas. Además, la fatiga está directamente relacionada con muchos de los otros signos de fragilidad, incluyendo la reducción de la actividad física, caminar a velocidad lenta y puede ser el primer signo de debilidad emergente antes de la aparición de la discapacidad(25).

1.2.2 Síntomas no motores

Además de los síntomas motores, la fatiga repercute con todas las esferas de la persona. Algunos de los síntomas no motores de la fatiga pueden afectar la concentración y la memoria (fatiga mental), además interfieren con el interés y motivación para la realización de actividades o presentar letargo o somnolencia. En las personas que presentan fatiga es común la sensación de malestar y cansancio, así mismo la disminución en la productividad y en la capacidad de desempeño en las diferentes actividades de la vida diaria(30).

Los factores sociales y emocionales, tales como la soledad, el miedo a caer, y muchos otros, pueden convertirse o enredarse con los sentimientos de la fatiga, por lo que todos estos factores agravan y complican el uno al otro. De igual

manera la fatiga puede ser un problema de alteración de la percepción, como en algunas condiciones de dolor crónico, o en parte, resultado de un estado de ánimo alterado, por esta razón es importante considerar no solo los síntomas motores de la fatiga sino los síntomas psicológicos que pueden alterar directa y significativamente la realización de actividades básicas de la vida diaria debido a la falta de concentración o motivación en las mismas.

Estudios transversales recientes también encontraron que la fatiga se asocia con el cambio funcional del cerebro (por ejemplo, hipo-metabolismo, atrofia cerebral, actividad anormal de la corteza prefrontal y ganglios basales frontales), estas capacidades cognitivas comprometen el funcionamiento cotidiano de la persona, por ejemplo, en las habilidades cognitivas requeridas para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)(11).

1.2.3 Fatiga y el adulto mayor

La fatiga es un síntoma común entre los adultos mayores y es aún más frecuente con el aumento de la edad. De hecho es reportada por los adultos mayores como la razón principal que restringe su participación en comunidad y se asocia con la disminución de la función física, futuras hospitalizaciones, el uso de servicios de atención domiciliaria y la mortalidad(9).

Existe un debate continuo respecto si tal fatiga entre las personas mayores es un problema físico o psicológico. Por ejemplo, algunos pueden percibirlo como una sensación física de carencia de energía o de vitalidad o de sentirse demasiado débil para moverse, mientras que otros pueden experimentar la fatiga más como un problema de esfuerzo y motivación. Además, la acumulación de las tensiones sociales durante el curso de la vida puede desempeñar un papel en el desarrollo de fatiga relacionada con el envejecimiento. De igual manera existen otros factores de estilo de vida, tales como el consumo de alcohol o de cigarrillo y la inactividad física, que también pueden contribuir al desarrollo de la fatiga.

Según estudios, se ha podido determinar que la fatiga tiene profundas consecuencias sobre la función y la salud, además de esto ha sido asociada con problemas de dolor, el sueño, depresión y aumento de la mortalidad, repercutiendo significativamente en el desempeño ocupacional de los adultos mayores(25), debido a que la fatiga es una barrera para la participación y adherencia a los programas de ejercicio.

Adicionalmente, los adultos mayores que reportan fatiga están en mayor riesgo de discapacidad en el presente y disminución de la movilidad y de participación en actividades de la vida diaria(25). Los estudios basados en la población han demostrado en repetidas ocasiones que la inactividad física está asociada con niveles más altos de fatiga. La participación en actividad física regular se asocia con un riesgo 40% menor de sufrir sentimientos de baja energía o fatiga.

Adicionalmente, la interacción social como resultado de la asistencia a grupos de ejercicio puede ser un importante colaborador de los beneficios obtenidos. Por lo tanto, se debe prestar más atención al cambio de actitudes frente a la actividad física y comportamientos en lugar de simplemente proporcionar un programa de ejercicios para pacientes fatigados(11).

1.3 DANZA MOVIMIENTO TERAPIA (DMT)

De acuerdo con Wengrower y Chaiklin(20), la danza ha sido la forma artística que crearon los seres humanos para expresar sentimientos distintos, lograr la cohesión de la comunidad, evitando así temores y alienación, y para acceder a nuevos conocimientos sobre el mundo y sobre sí mismos. La Danza Movimiento Terapia, reconoce el potencial terapéutico de procesos creativos de la danza y de la improvisación. En ésta no se concibe el movimiento como espontaneo propio de la persona sino como una expresión que es simbólica para cada uno y que describe tanto los sentimientos, la historia y los pensamientos, además con ella se pueden lograr cambios positivos en la vida.

Siguiendo con la definición de danza movimiento terapia, nos basamos en un apartado de autores, refiriendo a la danza, como la que permite que el cuerpo refleje de manera clara lo más íntimo de la persona, su modo de ser sin un procesamiento previo que oculte sensaciones, pensamientos o emociones como puede hacerse con la comunicación verbal (Lapierre & Aucoutourier, 1983).

La comunicación es parte fundamental de danza movimiento terapia, así como lo decía una de sus pioneras más importantes, Marian Chace (1896-1970) que dejó como legado que la terapia a través de la danza y el movimiento utiliza una de las formas básicas de comunicación, ofreciendo al individuo un medio para relacionarse consigo mismo, con su entorno y con aquellas personas que por enfermedad, o diferentes discapacidades están menos capacitadas en otras formas de comunicación o relación.

La danza movimiento terapia en grupo trabaja cuatro puntos fundamentales (Wengrower & Chaiklin, 2008):

a) La relación terapéutica en movimiento: la danza terapeuta se implicaba en el movimiento a través del mirroring o reflejo empático. Mediante esta técnica que es muy distinta de lo que se entiende por una simple mímica, la terapeuta se pone en el lugar emocional del paciente y le aporta un significado lo que ayuda a éste a dar valor a su experiencia inmediata. Esta es una de las principales herramientas de la DMT y contribuye a la denominada empatía kinestésica.

b) La utilización de la narración verbal como un modo de reflejar el proceso individual o grupal que se está llevando a cabo

- c) La utilización del ritmo como una forma de organizar la expresión de pensamientos y sentimientos
- d) La utilización de la danza como un proceso grupal de cohesión (como si fuese una psicoterapia grupal)

De esta forma, La asociación Americana de danza terapia o American Dance Therapy Association (ADTA) definió la danza movimiento terapia como: “El empleo psicoterapéutico del movimiento en un proceso que posibilita la integración física, emocional, cognitiva y social del individuo(19)”. La concepción en la que se fundamenta la Danza Movimiento Terapia es la comprensión de la relación cuerpo/mente como una unión, un espejo para cada uno. En una sesión de Danza Movimiento Terapia, se busca incrementar el nivel de percepción personal y del cuerpo, favorecer amplios movimientos e incentivar al individuo a expresarse de manera auténtica a través de la integración del inconsciente.

1.3.1 Danza Movimiento Terapia y el adulto mayor

La vejez suele remitir a una larga enumeración de todo lo que se pierde o declina con la edad, pérdida de energía, de funciones sensoriales, sumadas a la pérdida del rol social en la estructura productiva. El adulto pierde su esencia y su significado en la sociedad. La Danza movimiento terapia interviene en esos aspectos de salud mental, rehabilitación y donde hay sufrimiento e incapacidad, contribuyendo en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor en este caso(22).

El proceso de envejecimiento es individual, existiendo diferentes formas de vivirlo y de afrontarlo en función del contexto social en el que se habite, así como de la situación personal y subjetiva (31). Un estudio evidencia que en algunos hogares de cuidado han implementado la danza con el objetivo de mejorar la calidad de vida y han puesto de manifiesto mejoras en la salud física y mejoras en actividad social entre los adultos mayores sanos(26). El estudio también informó que el baile reduce el riesgo de desarrollar demencia(26). Los beneficios reportados con los adultos mayores estaban en actividades de la vida diaria, la autoestima, el movimiento y la autoimagen.

Por danza se entiende un movimiento más allá de lo corporal, amplía el concepto del ser en toda su totalidad, abarcando sentimientos, contexto, estímulos. Los seres humanos experimentamos, incluso antes del nacimiento, estas pulsiones que nos empujan a movernos; antes de que exista el lenguaje, recurrimos al movimiento para comunicar(20). Las acciones motrices pueden tener tanto un objetivo meramente funcional, como comer o bañarse, o basarse en la necesidad de expresar sentimientos y de comunicarse con los demás. En la DMT, desde los sistemas de observación del movimiento, se sabe el modo de como las personas ejecutan esas acciones cotidianas expresa a la persona en niveles más profundos.

Estudios realizados con adulto mayor y terapias donde la expresión corporal y las dinámicas grupales son el fundamento, refieren que basan en el desarrollo de la autoconfianza y la autoestima y se enfatiza en la expresión personal, Esto proporciona al participante una sensación de autoaceptación y autoconocimiento de su cuerpo (inteligencia kinestésica) de la que hacen mención los autores Chen & Cone (2003) (32).

Otro punto a favor sobre la danza movimiento terapia en el adulto mayor esta dado con Las autoras en el libro La vida es danza: El arte y la ciencia de la danza en movimiento, Hilda Wengrower / Sharon Chaiklin, describen la experiencia de como un movimiento tuvo varios significados:

“En el marco de mi práctica privada como dmt, tuve la oportunidad de trabajar con un hombre de mediana edad sin demasiados problemas de adaptación que venía a consulta por tener dificultades relacionales. Era evidente que luchaba para moverse con libertad en el espacio y que no podía permitirse expresar, sin censura y a través de la danza, los sentimientos que lo dominaban. Sus movimientos eran tensos, deshilvanados, se interrumpían y carecían de continuidad rítmica. Parecían atascados en un lugar del suelo. Desarrollamos un trabajo terapéutico con tenaz, durante el cual nos ocupamos de su familia y de su baja autoestima, con avances y dudas. Un día, tras un breve dialogo, se desplazó en el espacio y emprendió una de las danzas más bellas que pude observar jamás. La belleza se originaba en la integración total de su cuerpo y su movimiento y en su voluntad de expresar algo interior; no lo había planificado de antemano, más bien surgió totalmente en su momento (33).”

La Danza Movimiento Terapia no enseña a una persona a bailar, pero promueve repertorio movimiento del individuo(20). Integra el ejercicio psicomotor basado en la danza, las funciones motoras, emocionales, afectivas y cognitivas con el elemento adicional de la enseñanza de pasos de baile con la intención de promover beneficios para los participantes(26).

6. MARCO CONTEXTUAL

El ejercicio de investigación e intervención se realizó en el programa de atención integral al adulto mayor, el cual reúne a los adultos mayores jubilados y/o beneficiarios de la Universidad del Valle; el presente grupo está adscrito a la Vicerrectoría de Bienestar Universitario.

La Vicerrectora de Bienestar Universitario de la Universidad del Valle ha buscado a través de los años, promover el bienestar de la comunidad universitaria a través de servicios múltiples e integrados que permitan un mejorar continuo de la calidad de vida de los integrantes de la comunidad: empleados, docentes, jubilados, pensionados, beneficiarios y estudiantes, es por este motivo que entre los años 1989 y 1992, se empezaron a desarrollar una serie de actividades encaminadas a la prevención y mejoramiento de las dimensiones físicas y mentales de las personas pensionadas, pero por razones de baja asistencia y de coordinación dicho trabajo fue suspendido. No fue hasta el año de 1993, por medio del Acuerdo número 008 de Julio 28 que la Vicerrectora de Bienestar Universitario emanada por el Consejo Superior de la Universidad del Valle crea la División de Promoción y Desarrollo Social encargada de planificar, organizar, ejecutar y evaluar programas y actividades dirigidas al mejoramiento psicoafectivo y social de la Comunidad Universitaria, la cual genera a su vez, un Programa de Atención Integral al Pensionado extensivo a las personas mayores de 50 años, que son beneficiarios del Servicio Salud, con el fin de propiciar el mejoramiento de su calidad de vida (34).

El Programa de Atención Integral al Pensionado de la Universidad del Valle, se ha venido desarrollando a través de diferentes actividades de integración y socialización teniendo en cuenta áreas como: la recreación, la cultura, el crecimiento personal y grupal, la promoción de la salud y la atención gerontológica domiciliaria, consolidándose el trabajo social con un grupo aproximado de 60 personas, la mayoría de ellas pertenecientes en su vida laboral activa al estamento de trabajadores (34).

En permanente comunicación con el servicio de salud de la Universidad del Valle y con base en los diferentes diagnósticos existentes sobre las condiciones y necesidades de la comunidad de adultos mayores se crearon diferentes actividades para este grupo poblacional en caminadas al mejoramiento de su calidad de vida. Actualmente el grupo de jubilados activos de la Universidad del Valle adelanta programas de acondicionamiento físico, natación, manualidades, recreación, pintura, baile recreativo, entre otros.

A continuación se presenta los objetivos del Programa de Atención integral a la Población Pensionada de la Universidad del Valle.

Objetivos Generales:

- Brindar al pensionado de la Universidad del Valle un espacio para el Desarrollo Integral, teniendo en cuenta su participación, crecimiento personal, la recreación, la salud y el manejo del tiempo libre.
- Promover un proceso educativo permanente facilitándole el aprendizaje de nuevos conocimientos que le permitan optar por hábitos, estilos de vida más saludables.

Objetivos Específicos:

- Crear y mantener espacios de encuentro grato y funcional para facilitar el desarrollo y crecimiento grupal, partiendo de sus necesidades y expectativas.
- Estimular la manifestación de las capacidades creadoras, expresivas y comunicativas existentes y potenciales en busca de una actitud activa y productiva en su entorno familiar y social.
- Inducir a la sana y creativa utilización del tiempo libre mediante un conjunto de actividades físico-deportivas, lúdicas y recreativas.
- Propiciar el reconocimiento y aceptación de las limitaciones y las posibilidades propias de la persona mayor.
- Evaluar integralmente al jubilado para identificar factores de riesgo, hacer diagnósticos precoces, intervenir y prevenir secuelas e incapacidades evitables.

7. METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Investigación fue cuasi experimental, debido a que el grupo investigador intervino la población con el objetivo de comprobar las hipótesis a través de la aplicación de un programa basado en los principios teóricos y prácticos de la Danza Movimiento Terapia como técnica de intervención en terapia ocupacional.

Se utilizó un diseño de pretest-posttest, donde los jubilados activos o adultos mayores los cuales presentaron edades entre los 60 y los 80 años participaron de un proceso terapéutico grupal de Danza Movimiento Terapia durante 2 meses, con una intensidad de 2 sesiones semanales de 45 minutos. La muestra continuo asistiendo a los espacios y programas de los cuales ya participaba dentro del programa de atención integral al jubilado que ofrece la Universidad del Valle. Como exposición hubo un grupo experimental y un grupo control que no participó del programa de Danza Movimiento Terapia, con el objetivo de presentar datos fiables con los cuales comparar los resultados obtenidos a través de la intervención.

El pretest consistió en la aplicación de 3 instrumentos, uno de ellos valoraba los aspectos relacionados con el desempeño ocupacional: el Registro de Actividad del NIH, el cuestionario SF-36 que indaga sobre el estado de salud general de los participantes y la escala FACIT de fatiga que evaluaba la percepción subjetiva de fatiga y el impacto de ésta en el funcionamiento y en las actividades de la vida diaria. El posttest consistió en aplicar de nuevo todos los instrumentos aplicados en el pretest, después de haber concluido con la intervención con el grupo experimental y un Registro Individual de cada uno de los sujetos sobre las percepciones asociadas al espacio de Danza Movimiento Terapia.

Así, el estudio también se ubica dentro de un enfoque mixto o cuali-cuantitativo, soportado en la naturaleza de la información que se indagó, ya que a través de los instrumentos aplicados se obtuvieron datos cualitativos, pero valorados por los sujetos en escalas cuantificables. Esto permitió examinar aspectos objetivos y subjetivos con la finalidad de analizar más profundamente el problema planteado.

7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se trazaron unos criterios de inclusión y exclusión que definieron el tipo de sujetos que podrían participar del estudio y dar cuenta del problema estudiado, obteniendo una muestra homogénea. Basándose en el tipo de estudio planteado y la metodología usada se definieron los siguientes criterios:

- Hombres y mujeres mayores de 60 años vinculados al programa de Atención Integral al Adulto Mayor (Jubilados Activos) de la Universidad del Valle
- Que deseen participar de la intervención y el estudio en cuestión y que refieran alguna dificultad o limitación en la realización de actividades básicas de la vida diaria asociada a la presencia de fatiga.

Se excluyeron personas diagnosticadas con demencias progresivas como el Alzheimer, enfermedades de deterioro neurológico como el Parkinson, esclerosis múltiple, tumor y traumas no progresivos como accidentes cerebrovasculares o traumas craneoencefálicos, antecedentes de alteraciones como EPOC, enfermedades cardiopulmonares (desordenes crónicos obstructivos, angina de pecho) y ortopédicas (osteoartritis, artritis reumatoidea, dolor y fatiga crónicos) que puedan interferir y restringir aún más la participación. Esto se confirmó con los datos de la Historia Clínica.

A través de este estudio no se pretendió generalizar el resultado a toda la población, por tanto la muestra considerada no es representativa a nivel estadístico, pero si es suficiente para generar un análisis profundo del problema planteado.

La población objeto de estudio en esta investigación se conformó con las personas, hombres y mujeres, pertenecientes al programa de atención integral al jubilado vinculados al servicio médico de la Universidad del Valle.

La muestra fue homogénea por oportunidad, se constituyó inicialmente por 18 sujetos, pero sólo 14 de ellos participaron en la intervención, los demás (4) constituyeron el grupo control. Inicialmente se pretendía que los dos grupos estuvieran compuestos por el mismo número de personas, sin embargo, la mayoría de los adultos mayores refirió deseo de participar en las sesiones. Todos los participantes del grupo experimental asistieron mínimamente al 70% de las sesiones planteadas por la intervención. La muestra fue elegida por conveniencia teniendo en cuenta que los sujetos participantes fueron seleccionados entre los participantes que se encontraban vinculados al programa de atención integral al adulto mayor de la Universidad del Valle al inicio del estudio.

7.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Inicialmente se explicó al universo en qué consistía el estudio y se aplicó una rejilla de identificación y caracterización, donde se recogieron los datos generales del posible participante, de igual forma, información relevante para indagar y verificar los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente, se seleccionaron los sujetos que cumplieran con los criterios de inclusión y se confirmó el deseo de ser parte del estudio, explicándoles las implicaciones y posibilidades. Se procedió a firmar los consentimientos informados.

Usando un diseño de pretest-posttest, los instrumentos que se aplicaron fueron: uno que valoraba los aspectos relacionados con el desempeño ocupacional: el Registro de Actividad del NIH (NIH ACTIVITY RECORD/ACTRE), el cuestionario SF-36 que indaga sobre el estado de salud general de los participantes y la escala FACIT de fatiga que evaluaba la percepción subjetiva de fatiga y el impacto de ésta en el funcionamiento y en las actividades de la vida diaria. Finalmente se empleó un Registro Individual de cada uno de los sujetos en las sesiones sobre las percepciones asociadas al espacio de Danza Movimiento Terapia y un Formato de Registro de Sesiones, esto con el fin de registrar los resultados de las intervenciones de danza movimiento terapia que fueron realizadas.

La toma de datos del pretest se realizó durante una semana previa al inicio de la intervención durante el tiempo y el espacio pactado con el programa de Atención Integral al adulto mayor. Ambos grupos requirieron más de una sesión de una hora para obtener el registro de los datos. La toma de datos del posttest se realizó durante los 2 días posteriores a la finalización de la intervención y fue necesario abordarlos en diferentes espacios para el diligenciamiento de los instrumentos.

Durante ambas fases de recolección los instrumentos de auto-aplicación debieron ser dirigidos en todo momento por las estudiantes, debido a que los participantes solicitaban explicación respecto al sentido de algunas preguntas, así como apoyo en la lectura de las preguntas y la escritura de las respuestas, debido a que la mayoría tenía problemas de visión. Los sujetos tomaron entre 20 y 30 minutos para responder la totalidad de los instrumentos.

7.3.1 La intervención

La intervención tuvo lugar en la Universidad del Valle, sede Meléndez, con los participantes pertenecientes al grupo de jubilados activos vinculados al programa de Atención integral al adulto mayor, adscrito a la Vicerrectoría de Bienestar Universitario en la sección de Desarrollo Humano y promoción socioeconómica, el cual reúne a los jubilados de dicha organización con el fin de realizar acciones que promuevan su bienestar social, físico y mental.

El programa basado en los principios de Danza movimiento Terapia tuvo una duración de dos (2) meses, durante los cuales se realizó un total de 16 sesiones grupales dos veces a la semana de 45 minutos de duración cada una, estructuradas en el orden que se presenta a continuación, aunque se adaptaron eventualmente a las demandas y necesidades del grupo.

Esta estructura terapéutica se planteó retomando la propuesta referida en el estudio **“Danza Movimiento Terapia como recurso para el mejoramiento del desempeño Ocupacional en pacientes con enfermedad de Parkinson”**(2), de la Terapeuta ocupacional Sara Ruiz Álvarez, así como la empleada en el trabajo de grado realizado en el Hospital Psiquiátrico Del Valle llamado **“Impacto de un**

programa de Danza Movimiento Terapia sobre el subsistema volitivo y capacidad de desempeño en personas con esquizofrenia en condición de inimputabilidad” de las terapeutas ocupacionales Yina Pastás, Maryan Satizábal, Zoraida Vallejo y María Vásquez(35). La intervención constara de las siguientes fases:

- Encuentro: Momento de ingreso al espacio donde se realizaron las sesiones y encuentro con los demás participantes. Se promovió este espacio para favorecer la cohesión grupal y la relación terapéutica a través de estrategias corporales que posibiliten la interacción y el desarrollo de empatía no verbal. Entendiendo las relaciones interpersonales de los participantes con ellos mismos como un reflejo de sus relaciones con otros.
- Calentamiento: Esta fase se posibilitó la reconexión con el yo físico, permitiendo la conciencia de integración del movimiento en el cuerpo y la posibilidad de tener una experiencia de movimiento en grupo interactivo.
- Núcleo: A través de la creación de movimientos improvisados grupales se posibilitó una liberación catártica controlada. Además se dio lugar a que la mayoría de movimientos tomen lugar acompañados de imágenes o lugares que permitieron una conexión y un liderazgo compartido. En el núcleo se buscaba a través del movimiento corporal la formación de una nueva imagen del cuerpo y una experiencia que incrementara la psicomotricidad y la organización de movimientos.

Los objetivos planteados correspondían a:

- Favorecimiento de la improvisación de movimientos
- Fortalecimiento del manejo de una discusión sobre sentimientos
- Reintegración a nivel del cuerpo, por medio de movimientos dirigidos e improvisados.
- Facilitación de las relaciones interpersonales que proporcionen a los pacientes una experiencia de movimiento en grupo interactivo.
- Relajación: En esta fase se buscaba centrar a las personas por medio de la conciencia de sí mismos y del contexto físico que los rodea, permitiéndoles el recuento con el cuerpo y consigo mismos.
- Cierre: En este espacio se dio lugar a la expresión verbal de la experiencia de la intervención a través de preguntas que indagaban sobre la experiencia ofrecida durante cada sesión, esta fue dirigida por las estudiantes y el tiempo destinado para la misma dependió de las necesidades de verbalización de cada persona, en algunas ocasiones se realizaba a través de lenguaje no verbal y se promovían técnicas auto expresivas como el dibujo. Se favoreció así la verbalización de emociones y

sensaciones que fueron dando cuenta de su propio proceso y del proceso grupal.

Las sesiones se reestructuraban según las necesidades del grupo, sin embargo, siempre se mantuvo la estructura previamente descrita. Se utilizaron varios recursos como el juego simbólico, el juego por competencia, objetos con diferentes texturas y técnicas de relajación. De igual forma se utilizó el recurso del lenguaje verbal con el fin de favorecer la reflexión de los aspectos abordados durante las sesiones.

La intervención se planteó los días martes y viernes en jornada de la mañana en horario acordado con el equipo interdisciplinar del programa y los mismos participantes. El grupo tenía un número base de 10 participantes y podía llegar a tener 12 según asistencia voluntaria al espacio. Con este grupo se realizaron 16 sesiones cumplidas en 2 meses. Las intervenciones fueron planeadas, dirigidas y llevadas a cabo por las estudiantes responsables del estudio y no requirieron de personal de apoyo.

7.3.2 Los instrumentos de recolección de datos

Los participantes fueron identificados a través de la diligencia de una rejilla de identificación y caracterización. Se asignaron códigos alfanuméricos que permitieron llevar un historial de los instrumentos aplicados a cada sujeto, sin tener que revelar su identidad.

Con el objetivo de analizar la información aportada por cada uno de los instrumentos de evaluación se diseñó la siguiente matriz de análisis, la cual identifica los ejes temáticos abordados y las categorías de análisis bajo las cuales fueron clasificados para dar respuesta a la pregunta problema del presente estudio:

EJES TEMÁTICOS DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL	
VOLICIÓN	CAPACIDAD DE DESEMPEÑO y CUERPO VIVIDO
Valores: Se refieren a lo que la persona encuentra significativo hacer. Para el análisis se contempló el criterio: Nivel de significación: Cuán significativa/importante, puede ser una actividad para el sujeto.	Experiencia subjetiva del desempeño: Vivencia del cuerpo como sistema sinérgico en el ejercicio de las capacidades: - Experiencia de desempeño: Cómo el sujeto puede calificar su desempeño. - Experiencia corporal: Los sentidos, sentimientos,
Causalidad personal: Aquello que la persona percibe como capacidad y	

eficacia personal. Para el análisis se contempló el criterio: • Sentido de autoeficacia: Cuál es el sentido de competencia que el sujeto tiene sobre sí mismo.	pensamientos y expresiones que el sujeto asocia a su cuerpo. • Experiencia de los intercambios sociales: Los sentidos, sentimientos, pensamientos y expresiones que el sujeto asocia frente a la participación en espacios grupales y en la realización de actividades sociales. • Experiencia de enfermedad: Los sentidos, sentimientos, pensamientos y expresiones que el sujeto asocia a los síntomas y situaciones derivadas de la enfermedad.
Intereses: Goce o satisfacción que se experimenta al hacer las cosas. Para el análisis se contempló el criterio: • Percepción de placer: Cuánto disfruta las actividades el sujeto.	
EJES TEMÁTICOS DE LA FATIGA	
PRESENCIA DE FATIGA Para el análisis se tiene en cuenta el siguiente concepto de fatiga: • Una sensación persistente de cansancio que interfiere con el funcionamiento diario cotidiano. Un sentido de disminución de la energía y una mayor necesidad de descansar.	
Síntomas motores Los síntomas motores de la fatiga se asocian a disminuciones en el equilibrio y la marcha, fragilidad, la reducción de la actividad física y caminar a velocidad lenta. Para el análisis se contempló el criterio: • Debilidad • Agotamiento y cansancio • Nivel de energía • Percepción de esfuerzo físico • Marcha • Habilidades manipulativas	Síntomas que interfieren en el desempeño ocupacional A nivel psicológico la fatiga es una experiencia abrumadora y angustiante que limita la capacidad para la participación social. Para el análisis se contemplaron los criterios: • Sentimiento de incapacidad para realizar actividades: • Dificultad para comenzar las actividades • Dificultad para finalizar las actividades • Necesidad de descansar (dormir) durante el día. • Capacidad para participar de actividades sociales de ocio y esparcimiento.

Tabla 1 Matriz de análisis.

Los instrumentos fueron aplicados antes y después de la implementación del programa basado en los principios de la Danza Movimiento Terapia, estos se diligenciaran con el grupo experimental y el grupo control.

A continuación se presentan los instrumentos aplicados a la muestra y se describe la información tenida en cuenta según los criterios ofrecidos por la Matriz de Análisis:

7.3.2.1 El Registro de Actividad del NIH (NIH ACTIVITY RECORD/ACTRE)

Autores: Furst, Gerber, Smith, Fisher y Shulman, 1987 Gerber y Furst, 1992

Es un Instrumento que consta de un registro de actividades durante las 24 horas del día. El objetivo del ACTRE es proveer detalles del impacto de los síntomas en el desempeño de las tareas, de las percepciones individuales del interés, importancia de las actividades del diario vivir (valores), de la percepción de la eficacia personal y de los patrones de hábitos diarios. La información específica reunida cubre la frecuencia o el porcentaje del tiempo ocupado en actividades de los roles y en descansar, la frecuencia de los periodos de descanso durante una actividad, frecuencia y porcentaje del tiempo.

Este registro es un formulario de auto-evaluación que solicita a la persona que indique en qué actividades participa a lo largo del día. La información se registra en intervalos de 30 minutos durante todo el día, en tres momentos distintos, indicando las actividades asumidas en estos intervalos de tiempo y respecto a las cuales el participante debe asignar una clasificación y contestar 7 preguntas relacionadas con ellas. Las preguntas permiten obtener información sobre la percepción de competencia que tiene la persona respecto a esa actividad, el valor que tiene para ella y cuánto disfruta de la misma. Además, incluye preguntas que brindan información sobre dolor, fatiga, dificultad en el desempeño y descansos, asociados a las actividades en las que el paciente participa.

Las preguntas se responden en una escala numérica de 1 a 4, donde 1 es la puntuación que alude a lo más funcional y 4 a lo menos funcional. Sin embargo, en cada pregunta, las respuesta asociadas a los valores de la escala se describen en función de lo que se pregunta, aportando mayor precisión a la respuesta. Existe una octava pregunta que indaga sobre los periodos de descanso durante el desempeño de la actividad y que se responde en una escala de 1 a 2, donde 1 es SI y 2 es NO. El uso del instrumento está contemplado en el ítem 7. Presupuesto.

La validación inicial de este instrumento se realizó con un grupo de pacientes con artritis reumatoidea (Gerber y Furst 1992, citados por Kielhofner 2004) y su validez se sustenta en que “se correlaciona bien con otras medidas de dolor, fatiga y desempeño en actividades de la vida diaria” (Kielhofner 2004, p.246).

Además se ha utilizado en un estudio titulado “*métodos de puntuación y la aplicación del registro de actividad (ACTRE) para los pacientes con trastornos musculoesqueléticos*” (Gerber LH, Furst GP. 1992. En el cual a través de dicho instrumento se logró identificar de que manera la cantidad de dolor, fatiga y los factores de motivación se relacionaban con los patrones de actividad, proporcionando una medida cuantificable basada en el desempeño de la actividad diaria.

Así mismo este instrumento se empleó en otra investigación titulada “*Los registros de actividad como una medida de la actividad diaria en los pacientes con síndrome de fatiga crónica*” (Leonard A. Jason^a, Phyllis Timpoa, Nicole Portera, Joshua Herringtona, Molly Browna, Susan Torres-Hardingb & Fred Friedbergc. 2009). En el cual se examinaron las asociaciones entre la actividad y los síntomas de dicha patología, a través de este estudio se sugiere que el registro de actividad NIH puede proporcionar una valiosa fuente de datos para la comprensión de los patrones de comportamiento y la actividad.

Los resultados del registro se presentaran a través de una caracterización del tipo de actividades y los aspectos asociados a las mismas, según lo registrado por los sujetos. Donde se analizarán las categorías de actividad que mayor preferencia registraron en el instrumento.

Para analizar el NIH se realizaron nuevas agrupaciones y se tomaron los participantes que hubieran respondido en el pre y pos la misma actividad. Con esto se obtuvieron 16 categorías a analizar.

Levanta	Almuerzo	Trabajar	Café
Baño	Siesta	Leer	Dormir
Desayuno	Cenar	Danza	Tareas de la casa
Deporte	Ver tv	Arreglarse	Oración

Posteriormente se realizó un análisis de acuerdo a las categorías definidas por el instrumento: autocuidado, actividades domésticas, de recreación y tiempo libre, deporte y trabajo. Con esto se logró determinar qué actividad para cada uno de los grupos les causa más dolor, fatiga y actitud ante determinadas actividades. A continuación se presenta las categorías de análisis en función de cada pregunta:

PREGUNTA	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS RELACIONADAS
1. Durante este tiempo sentí dolor	<u>CUERPO VIVIDO</u> EXPERIENCIA – Experiencia corporal

2. Al iniciar esta media hora sentí fatiga	<u>CUERPO VIVIDO</u> EXPERIENCIA – Experiencia corporal EXPERIENCIA- Experiencia del desempeño. <u>FATIGA</u>-síntomas que interfieren en el desempeño ocupacional
3. Pienso que lo hago... (escala de muy mal a bien)	<u>VOLICIÓN</u> CAUSALIDAD PERSONAL – Sentido de autoeficacia. <u>CUERPO VIVIDO</u> EXPERIENCIA – Experiencia de desempeño
4. Yo encuentro la actividad...(escala de fácil a muy difícil)	<u>VOLICIÓN</u> CAUSALIDAD PERSONAL – Sentido de autoeficacia. <u>CUERPO VIVIDO</u> EXPERIENCIA – Experiencia de desempeño
5. Para mí esta actividad es... (escala de nada significativa a muy significativa)	<u>VOLICIÓN</u> VALORES – Nivel de significación <u>CUERPO VIVIDO</u> EXPERIENCIA- Experiencia de los intercambios sociales
6. Esta actividad me causa fatiga	<u>CUERPO VIVIDO</u> EXPERIENCIA – Experiencia corporal EXPERIENCIA – Experiencia de enfermedad EXPERIENCIA- Experiencia de los intercambios sociales <u>FATIGA</u>-síntomas que interfieren en el desempeño ocupacional

7. Disfruto esta actividad	<u>VOLICIÓN</u> VALORES – Nivel de significación INTERESES – Percepción de placer <u>CUERPO VIVIDO</u> EXPERIENCIA – Experiencia de desempeño EXPERIENCIA- Experiencia de los intercambios sociales.
-----------------------------------	---

Tabla 2 Componentes de NIH Activity Record ACTRE a la luz de la Matriz de Análisis

7.3.2.2 Escala FACIT de fatiga

Es una herramienta que evalúa la percepción subjetiva de fatiga y el impacto de ésta en el funcionamiento y en las actividades de la vida diaria, tiene un tiempo de diligenciamiento aproximado de 5 minutos. El instrumento tiene 13 ítems con cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert con puntuaciones de 0 (nada), 1 (un poco), 2 (algo), 3 (mucho) y 4 (muchísimo). Las respuestas equivalen al reporte de síntomas en los últimos 7 días.

Además ha sido validado para su uso con los adultos mayores y en la población en general de los estados unidos(36), se encuentra traducida en más de 45 idiomas diferentes lo cual permite comparaciones interculturales y se puede utilizar en una variedad de entornos clínicos (salud comunitaria, hospitalaria, ambulatoria, etc)(36).

El FACIT de fatiga ha demostrado la fiabilidad y sensibilidad al cambio en los clientes, con una variedad de condiciones crónicas de salud y en la población general y en poblaciones especiales, como los ancianos y los que viven en las zonas rurales áreas(37).

La escala ha sido aplicada en pacientes con cáncer en quimioterapia y sin quimioterapia, en sobrevivientes por algún tipo de neoplasia; así como en muestras clínicas de pacientes con artritis reumatoide (Cella et al, 2005), psoriasis (Chandran et al., 2007), Parkinson (Hagell et al, 2006), además de población general de los Estados Unidos (Cella et al., 2003). Los índices de consistencia interna obtenidos a través del coeficiente Alpha de Cronbach y la correlación test-retest van de 0.86 a 0.95 (Kallich et al., 2001; Cella et al, 2002; Hwang et al, 2003; Yellen et al, 1997).

En estudios de Latinoamérica, se encontró que la escala FACIT de Fatiga tiene una buena fiabilidad y validez para su uso con los pacientes con cáncer en Uruguay, debido a que puede proporcionar una imagen completa del impacto del cáncer y su tratamiento en la calidad de vida del paciente(38). Igualmente en un

estudio llevado a cabo en la universidad nacional autónoma de México la escala mostró un alto índice de confiabilidad en mujeres con cáncer en radioterapia. Por lo que es posible utilizarla para evaluar los cambios y el impacto de la fatiga a lo largo del tiempo(39).

Así mismo la escala muestra una buena consistencia interna y fuerte asociación con la escala de vida de SF- 36 y la capacidad de diferenciar los pacientes de acuerdo a los cambios clínicos(40).

Este instrumento se aplicó tal cual como se plantea en el manual de uso del mismo. De igual manera se realizaron conteos y agrupaciones acorde a las respuestas de los participantes. Debido a que el cuestionario se encuentra validado internacionalmente, desde un inicio se tiene en cuenta que todas las preguntas van ser validadas para nuestro objetivo a estudiar. El análisis que se propone abarca todos los ítems contemplados por el instrumento. Sin embargo, se enfatizó, en función de la relación con los criterios contenidos en la matriz de análisis, en los siguientes ítems:

PREGUNTA	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS RELACIONADAS
HI7 Me siento agotado HI12 Siento debilidad en todo el cuerpo AN1 Me siento decaído(a) AN2 Me siento cansado(a) AN5 Tengo energía	<u>CUERPO VIVIDO</u> EXPERIENCIA – Experiencia de desempeño EXPERIENCIA- Experiencia corporal EXPERIENCIA- Experiencia de enfermedad <u>FATIGA</u> -síntomas que interfieren en el desempeño ocupacional <u>FATIGA</u> -síntomas motores
AN3 Tengo dificultad para <u>comenzar</u> las cosas porque estoy cansado(a) AN4 Tengo dificultad para <u>terminar</u> las cosas porque estoy cansado(a) AN7 Soy capaz de hacer mis actividades habituales (trabajar, ir a la escuela, hacer las compras) AN12 Estoy demasiado cansado(a) para comer AN14 Necesito ayuda para hacer mis actividades habituales AN15 Estoy frustrado(a) porque estoy demasiado cansado(a) para hacer las	<u>VOLICIÓN</u> CAUSALIDAD PERSONAL – Sentido de autoeficacia. <u>FATIGA</u> -síntomas que interfieren en el desempeño ocupacional

cosas que quiero hacer	
AN16 Tengo que limitar mis actividades sociales debido al cansancio	<u>VOLICIÓN</u> VALORES – Nivel de significación INTERESES – Percepción de placer <u>FATIGA</u> -síntomas que interfieren en el desempeño ocupacional

Tabla 3 Componentes de Escala de fatiga FACIT a la luz de la Matriz de Análisis

7.3.2.3 Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud

El cuestionario SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años), el tiempo promedio de diligenciamiento de este instrumento es de 20 minutos. El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM). Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud.

La subescala de vitalidad es una de las medidas más comúnmente usadas para medir la fatiga subjetiva. La subescala de vitalidad, una medida bien establecida para el estado de la fatiga relacionada con la energía o vitalidad. Las puntuaciones más altas indican niveles más bajos de fatiga subjetiva y mayores niveles de energía. La fiabilidad de consistencia interna (A de Cronbach) de la subescala de vitalidad en estudios previos grandes varió de 0,85 a 0,87 medido mediante el Medical Outcomes Study 36-item Short Form Encuesta de Salud (SF-36)(11).

Varios estudios han demostrado que el aumento de la fatiga es un predictor de morbilidad y la mortalidad en los adultos mayores, además aumenta el riesgo de aparición de la discapacidad(7), y es una causa importante de la restricción para la realización de actividad física (AF) en los adultos mayores(7). A pesar de que la escala no está diseñada para proporcionar un índice global de salud, si se ha utilizado para realizar un resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los temas. El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional y esto es importante en nuestro estudio para detectar los beneficios en la salud producidos por el programa y percibidos por los adultos mayores(41).

Este instrumento se aplicó con la intención de obtener una perspectiva general sobre la percepción que tienen los participantes sobre su estado de salud y su bienestar asociado al mismo. A continuación se describe la relación entre la información arrojada por el cuestionario y las categorías de análisis propuestas:

ÍTEM	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS RELACIONADAS
ÍTEM 1, 2, 11 Indagan sobre la percepción de condición de salud	<u>VOLICIÓN</u> VALORES – Nivel de significación <u>CUERPO VIVIDO</u> EXPERIENCIA – Experiencia corporal EXPERIENCIA – Experiencia de enfermedad
ÍTEM 3, 4, 5 Indagan sobre si la condición de salud interfiere con las actividades cotidianas	<u>VOLICIÓN</u> CAUSALIDAD PERSONAL – Sentido de autoeficacia VALORES – Nivel de significación <u>CUERPO VIVIDO</u> EXPERIENCIA – Experiencia de desempeño EXPERIENCIA – Experiencia corporal EXPERIENCIA – Experiencia de enfermedad <u>FATIGA</u> -síntomas que interfieren en el desempeño ocupacional
ÍTEM 6, 10 Indagan sobre si la condición de salud interfiere con la interacción social	<u>VOLICIÓN</u> CAUSALIDAD PERSONAL – Sentido de autoeficacia <u>CUERPO VIVIDO</u> EXPERIENCIA – Experiencia de desempeño EXPERIENCIA – Experiencia corporal EXPERIENCIA- Experiencia de los intercambios sociales <u>FATIGA</u> -síntomas que interfieren en el desempeño ocupacional

ÍTEM 7, 8 Indagan sobre el dolor y si este interfiere en las actividades cotidianas	<u>VOLICIÓN</u> CAUSALIDAD PERSONAL – Percepción de habilidad <u>CUERPO VIVIDO</u> EXPERIENCIA – Experiencia de desempeño EXPERIENCIA – Experiencia corporal EXPERIENCIA – Experiencia de enfermedad EXPERIENCIA- Experiencia de los intercambios sociales
ÍTEM 9 Indaga sobre la percepción del estado de ánimo	<u>VOLICIÓN</u> VALORES – Nivel de significación INTERESES – Percepción de placer <u>CUERPO VIVIDO</u> EXPERIENCIA – Experiencia corporal EXPERIENCIA – Experiencia de enfermedad <u>FATIGA</u>-síntomas que interfieren en el desempeño ocupacional

Tabla 4 Componentes del SF-36 a la luz de la Matriz de Análisis

7.3.2.4 Registro Individual por sujeto sobre percepciones asociadas al espacio de Danza Movimiento Terapia

El cuestionario sólo se aplicó en la fase de posttest. El formato incluye la hora, fecha, edad, código del participante y cinco renglones donde se indaga sobre las motivaciones e intereses que propiciaron participar en la actividad, las percepciones en torno al aporte de Danza Movimiento Terapia, así como a los sentimientos y pensamientos que tienen o han desarrollado en torno a su cuerpo y su movimiento.

7.3.2.5 Formato de Registro de Sesiones

De acuerdo a la sesiones de Danza Movimiento Terapia se realizó un formato que tiene un tiempo promedio de diligenciamiento de 10 minutos. En este se indicó el registro de cada una de las actividades llevadas a cabo y los resultados que se aportaron en cada uno de los participantes, este formato fue elaborado por las

investigadoras, se basó en el trabajo de grado de Patricia de Tord (2013) titulado “Grounding: concepto y usos en danza movimiento terapia (DMT) ”.

Para la elaboración de este formato se tomaron en cuenta las visualizaciones de los videos tomados en las sesiones y por lo tanto su respectiva transcripción, en donde se detallan dimensiones verbales como cantar, tararear, gritar etc. y la dimensión no verbal donde se describirán los movimientos corporales, posturas, gestos y expresiones faciales. Esto aportando información pertinente para los resultados de cada intervención y de igual forma la evolución que tendrán los participantes conforme al tiempo.

Este material no corresponde a un instrumento previamente diseñado, sino al registro diario de lo sucedido, observado y sentido por las estudiantes durante las sesiones propuestas. Este material no es susceptible de análisis en esta investigación, sin embargo, se usará con la finalidad de soportar y argumentar algunos de los hallazgos del estudio, puesto que contiene declaraciones hechas por los participantes durante las sesiones y el registro descriptivo de situaciones precisas sucedidas durante las sesiones que pueden dar cuenta de lo planteado.

8. ANALISIS DE LA INFORMACION

A continuación, se presenta el análisis estadístico del estudio según los datos arrojados por cada instrumento. Se realiza respectivamente la medición antes de ser aplicada la intervención y después de finalizada la misma. Con esto se realiza la respectiva comparación sobre el avance del participante y su mejoría después de ser sometido a la intervención. De igual forma se realiza la comparación con relación al grupo control.

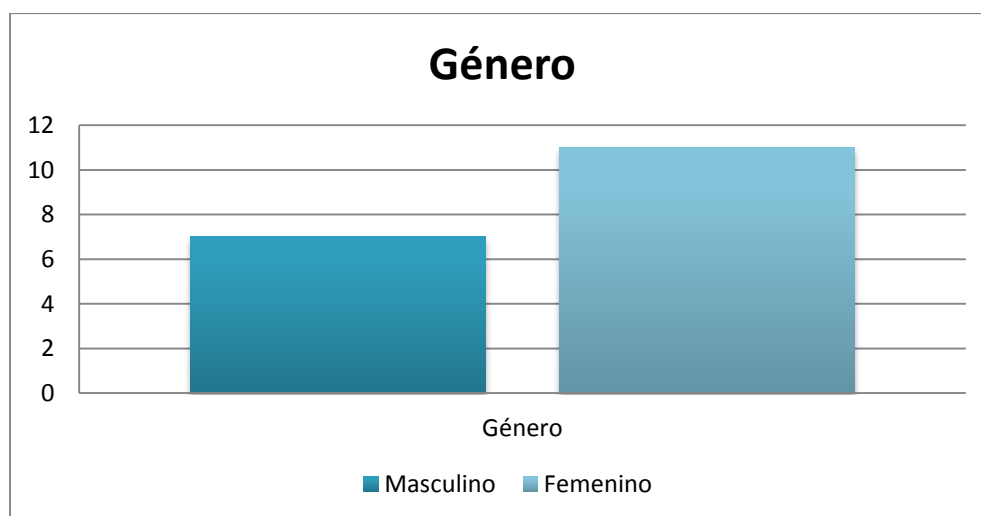
Se debe tener en cuenta que a cada participante se le aplicaron tres (3) test y una rejilla de caracterización, la cual permitió tener un perfil general de cada persona. Finalmente se realiza un análisis donde se abarcan las relaciones que estos datos tienen entre sí en función de las categorías planteadas en la matriz de análisis:

8.1 RESULTADOS

El objetivo del estudio es comparar si la danza movimiento ayuda a disminuir la fatiga en el desempeño ocupacional de adultos mayores. Para dicho estudio se escogió una muestra de 14 personas a los cuales se les aplicó la intervención y se observó su cambio luego de haber implementado la danza movimiento en ellos. Estadísticamente se quiere saber si en realidad fue significativo para el grupo de adultos en la disminución de la fatiga, la danza movimiento, para lo cual se utilizó la prueba no paramétrica Wilcoxon, la cual permite establecer diferencias significativas entre un tratamiento y otro.

8.1.1 Rejilla de caracterización

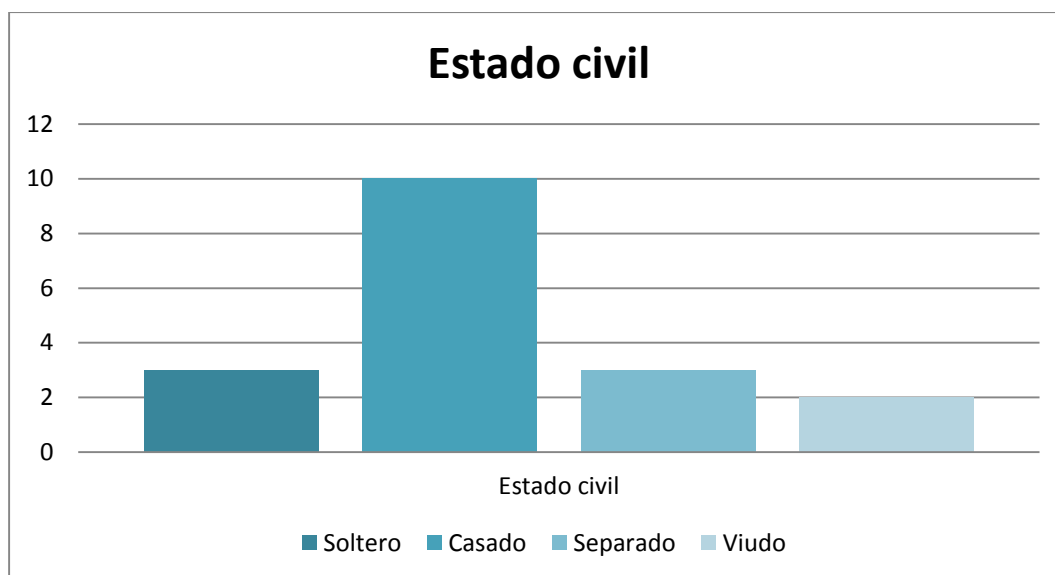
Se encontró que de los participantes que constituyen la muestra, 7 son hombres, lo cual equivale al 39% y 11 mujeres las cuales equivalen al 61% de los encuestados.



GRAFICA 1 Caracterización de la muestra por género.

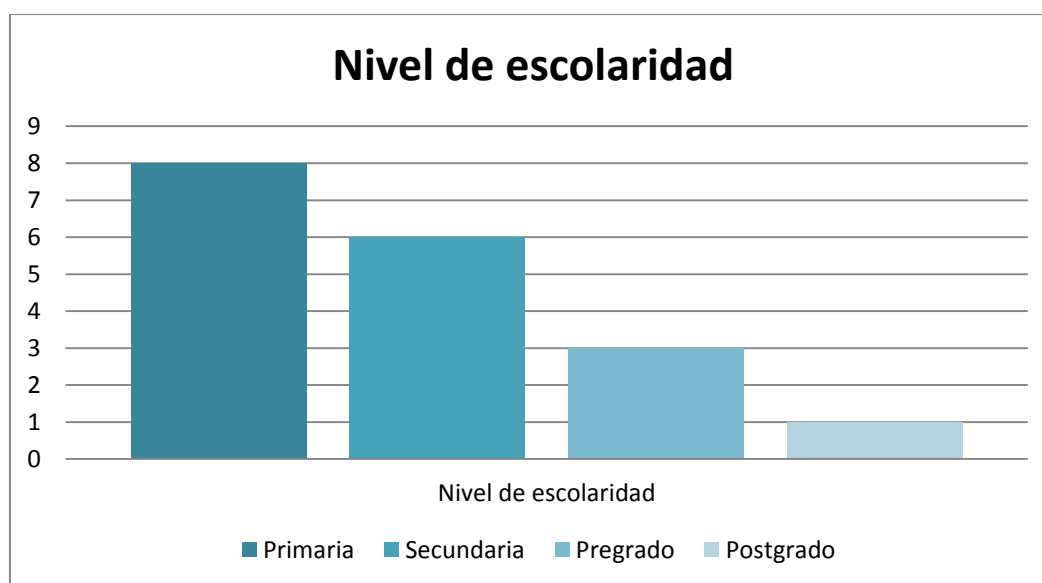
Dentro de los dos grupos se encontró que las edades oscilaban entre los 60 y los 78 años, se realizó una agrupación en cinco intervalos. Se encontró que dos participantes tienen edad entre los [60-62) años, seis de los participantes tienen edades entre [62-66) años, cinco de los participantes oscila en el rango de edades entre los [66-70), solo dos tienen entre [70-74) años y tres participantes especificaron tener edades entre [74-80] años.

Respecto a su estado civil, diez (10) de ellos se encuentran casados, tres (3) solteros, tres (3) se encuentran separados y solo en dos (2) viudos. A nivel familiar los participantes viven actualmente con sus parejas y otros familiares como hijos, hermanos, nueras y nietos.



GRAFICA 2 Caracterización de la muestra por estado civil.

En relación al nivel de escolaridad, se encuentra una (1) persona con postgrado, tres (3) participantes con estudios de pregrado, seis (6) con bachillerato completo y ocho (8) con primaria completa. A nivel ocupacional todos los participantes que participaron en el estudio son jubilados.



GRAFICA 3 Caracterización de la muestra por nivel de escolaridad.

8.1.2 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE)

Para analizar el NIH se realizaron nuevas agrupaciones y se tomaron los participantes que hubieran respondido en el pre y pos la misma actividad. Con esto se obtuvieron 5 categorías a analizar.

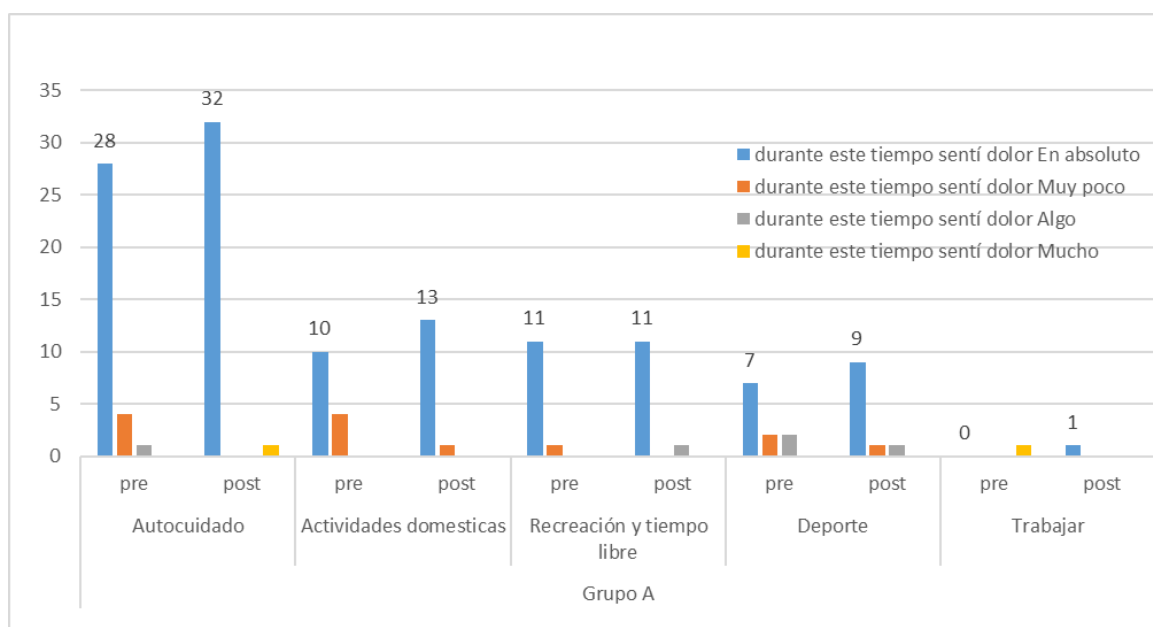
1. Autocuidado
2. Actividades domesticas
3. Recreación y tiempo libre
4. Deporte
5. Trabajar

Con esto se logró determinar qué actividad para cada uno de los grupos les causa más dolor, fatiga y actitud ante determinadas actividades.

Grupo A

De las 14 personas pertenecientes al grupo A se obtuvieron determinadas respuestas ante acciones que estás realizan a lo largo del día, además de repetir algunas de estas acciones.

Ítem 1



GRAFICA 4 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pres y Post test. Grupo A (Grupo experimental) Pregunta 1.

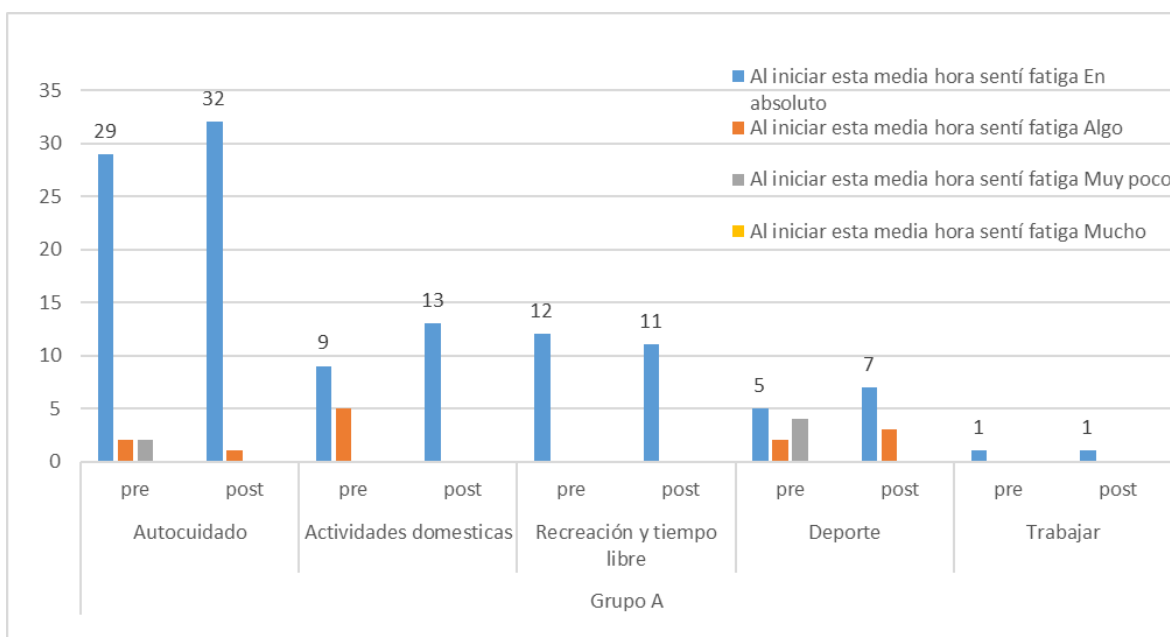
(PRE)

De las 14 personas del grupo A en 28 de las actividades de autocuidado no sintieron ningún dolor, mientras que en cinco sintieron muy poco dolor en cuatro actividades y en una algo de dolor. En 10 de las actividades domésticas no sintieron ningún dolor, mientras que en 4 de ellas sintieron muy poco dolor. Bajo las actividades de recreación y tiempo libre en 11 de estas no sintieron ningún dolor y solo en una muy poco dolor. En actividades de deporte, en siete de estas manifestaron no sentir dolor alguno y en cuatro expresaron sentir muy poco y algo de dolor. En actividades de trabajo los participantes dijeron que sintieron mucho dolor.

(POST)

Ante el dolor los participantes del grupo A respondieron que no sienten ningún dolor al realizar actividades de Autocuidado, que en una de las actividades domésticas sintió un poco de dolor un paciente, y en otras de las trece respuestas sobre actividades domésticas no tuvieron ningún dolor. Para las actividades de recreación y tiempo libre, hubo una acción que generó algo de dolor y en otras 11 no tuvieron ningún dolor; en el deporte los participantes expresaron que en una actividad presentaron muy poco dolor y en otra algo de dolor, mientras que en nueve de estas actividades no hubo dolor. Una persona contestó que cuando trabaja no siente ningún dolor.

Ítem 2



GRAFICA 5 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pres y Post test. Grupo A (Grupo experimental) Pregunta 2.

(PRE)

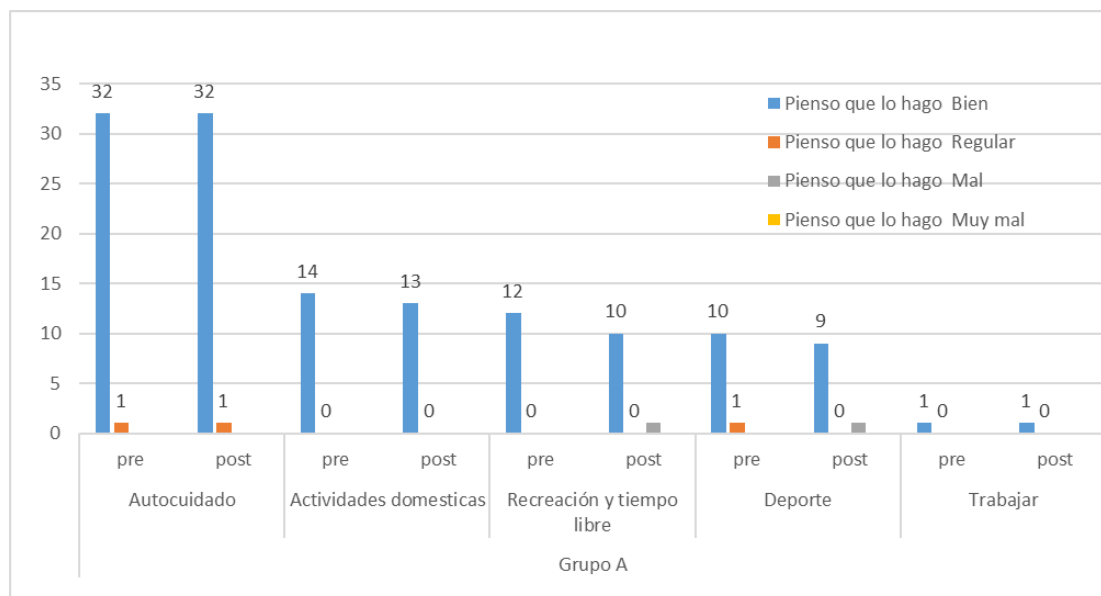
En 29 de las actividades de autocuidado los participantes no sintieron nada de fatiga, en 9 de las actividades domésticas consideraron no sentir fatiga y 5 presenciaron algo de fatiga. En actividades de recreación y tiempo libre, ningún paciente siente fatiga, bajo actividades de deporte los participantes expresaron tener fatiga en 6 de las actividades y solo en 5 no. El trabajo no les causa fatiga.

(POST)

Al consultarles sobre la fatiga percibida por estos al iniciar esa media hora en esa actividad, los participantes del grupo A contestaron que en 32 actividades de Autocuidado no sienten fatiga y en una sienten un poco. En 13 de las actividades domésticas los participantes dijeron no sentir ningún grado de fatiga, para 11 actividades de recreación y tiempo libre. En actividades de deporte los participantes contestaron que en 3 de estas sintieron un poco de fatiga y en otras

7 realizadas no tuvieron ningún grado de fatiga. En la actividad de trabajo no se tuvo fatiga alguna.

Ítem 3



GRAFICA 6 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pres y Post test. Grupo A (Grupo experimental) Pregunta 3.

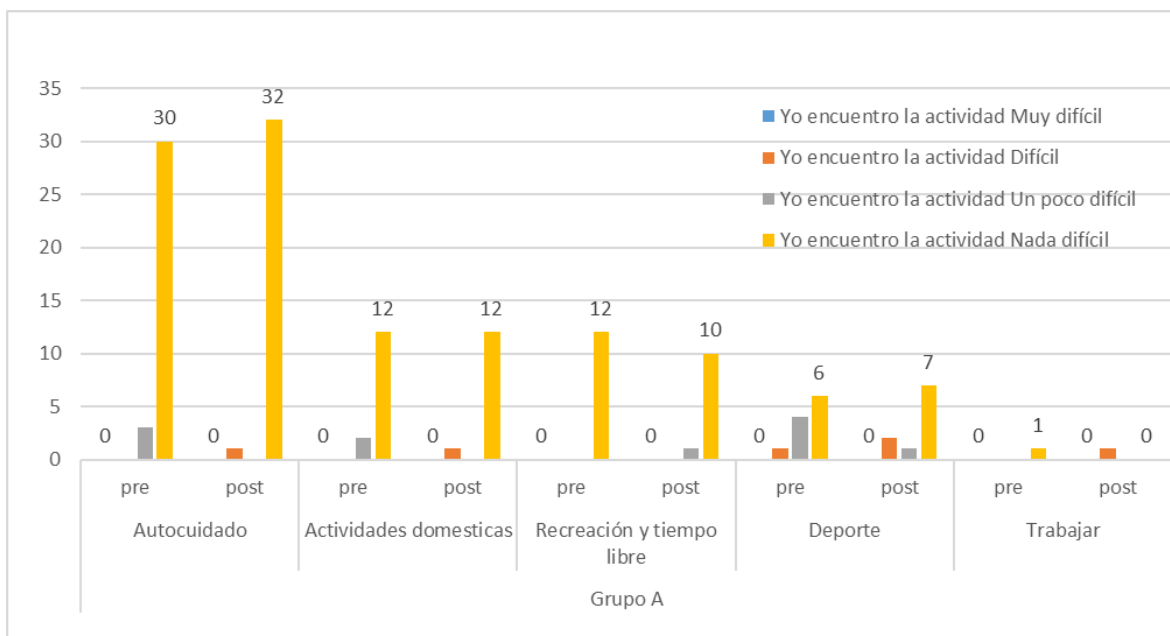
(PRE)

Las 32 actividades de autocuidado los participantes consideran que las realizan bien y solo uno de manera regular, todos los participantes dijeron realizar bien las actividades domésticas y de recreación y tiempo libre además del trabajo. Solo una actividad de deporte es considerada que la realizan de manera regular, las otras 10 dijeron realizarlas bien.

(POST)

Los participantes consideran que de las 33 actividades de autocuidado que dijeron hacer, 32 las hacen bien y una la hacen algo bien. Las 13 actividades domésticas ellos consideran que las realizan bien y que solo hacen algo bien una actividad de recreación y tiempo libre, mientras que las otras 10 las hacen bien. De las actividades de deporte solo realizan una algo bien y las otras 9 las realizan bien. La actividad de trabajo realizada por un participante es considerada como realizada bien.

Ítem 4



GRAFICA 7 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo A (experimental) Pregunta 4.

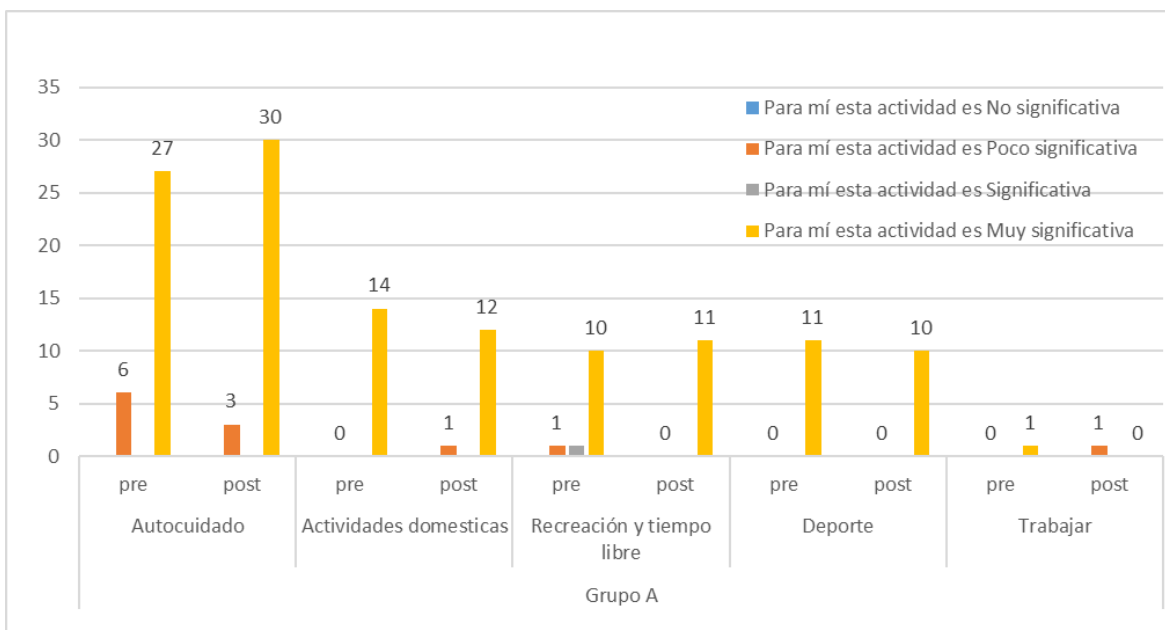
(PRE)

30 de las actividades de autocuidado de los participantes fueron consideradas como nada difíciles, y 3 son un poco difícil. 12 de las actividades domésticas las consideran como nada difíciles y solo 2 de estas como un poco difícil, trabajar y realizar actividades de recreación y tiempo libre no les es difícil para los participantes. 6 actividades de deporte fueron consideradas como nada difíciles, 4 como un poco difícil y uno difícil.

(POST)

Los participantes del grupo A encuentran que 32 de las actividades de autocuidado realizadas no tienen ninguna dificultad para ellos y solo una de estas es considerada como difícil para ellos. De las 13 actividades domésticas realizadas por los participantes, 12 no les generan ningún grado de dificultad y solo una persona considera que existe una de estas actividades que le genera dificultad. Para las actividades de recreación y deporte, solo se encontró que una actividad es considerada un poco difícil, el resto de las 10 no les genera dificultad alguna. De las actividades de deporte realizadas por los participantes, 2 fueron consideradas como difíciles, una un poco difícil y 7 como nada difícil. En la actividad de trabajar el paciente la encuentra difícil para él.

Ítem 5



GRAFICA 8 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo A (experimental) Pregunta 5.

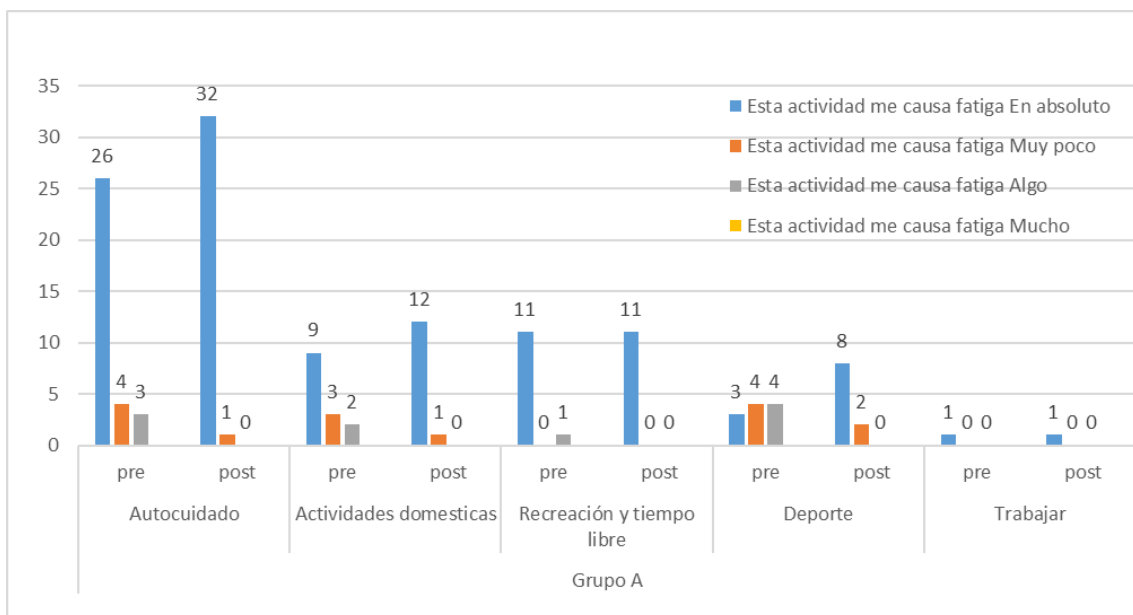
(PRE)

27 actividades de autocuidado fueron consideradas como muy significativas y 6 como poco significativas. Todas las actividades domésticas y de deporte son muy significativas para los participantes, además del trabajo. Dos de las 12 actividades de recreación y tiempo libre son significativa y poco significativas.

(POST)

30 de las 33 actividades de autocuidado los participantes las encuentran muy significativas, mientras que 3 de estos dijeron que eran poco significativas. Realizar actividades domésticas para los participantes es muy significativo, excepto para un participante que la considera poco significativa. Todas las actividades de recreación y tiempo libre de los participantes son consideradas como muy significativas al igual que las actividades de deporte. La persona de la actividad laboral, la encuentra poco significativa.

Ítem 6



GRAFICA 9 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo A (experimental) Pregunta 6.

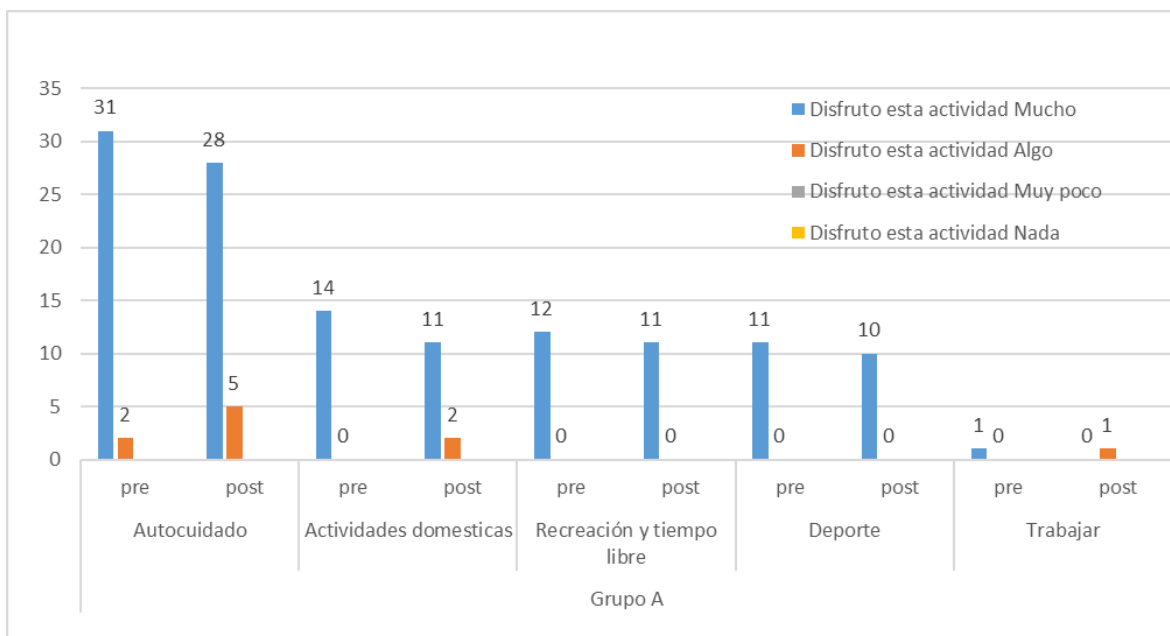
(PRE)

26 actividades de autocuidado no les causan fatiga a los participantes, y 7 en algún grado causan dificultad, nueve actividades domésticas no causan en lo absoluto fatiga, 11 actividades de recreación y tiempo libre no generan fatiga, solo una causa algo de fatiga. 8 de las actividades de deporte les causan algún grado de fatiga, menos 3 y trabajar.

(POST)

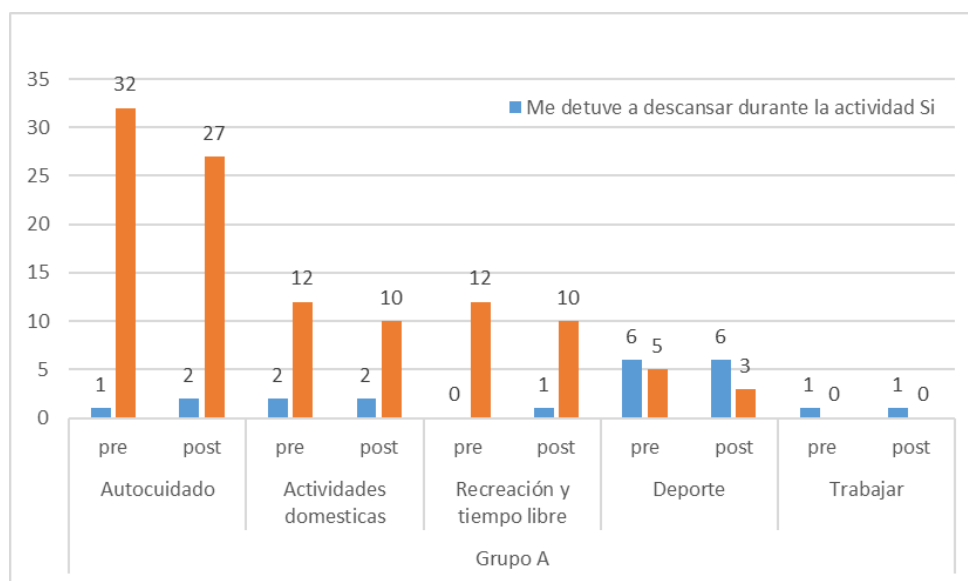
A los participantes del grupo A no les causa fatiga alguna las actividades de recreación y tiempo libre, ni la actividad de trabajar. De las actividades de Autocuidado 32 no les generan fatiga mientras que un sí; En las actividades domésticas 12 no causan ninguna fatiga y una muy poca fatiga, para las actividades relacionadas con el deporte, 8 de estas fueron consideradas como no causantes de fatiga y 2 si generan muy poca fatiga.

Ítem 7



GRAFICA 10 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo A (experimental) Pregunta 7.

Ítem 8



GRAFICA 11 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo A (experimental) Pregunta 8.

(PRE)

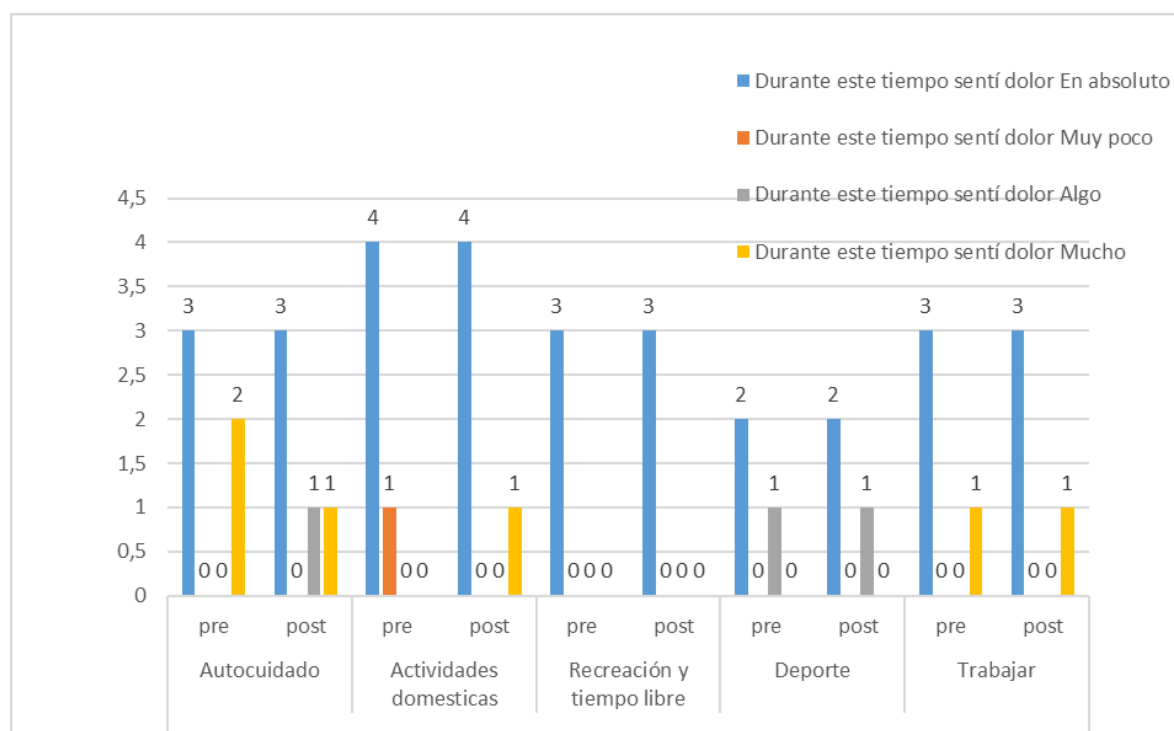
En una actividad de autocuidado se detuvieron a descansar, en las otras 32 no se detuvieron los participantes a descansar, en 2 de las 14 actividades domésticas los participantes se detuvieron a descansar, en ninguna actividad de recreación y tiempo libre descansaron. En 6 de las actividades de deporte los participantes descansaron y en 5 no, en la actividad laboral si descansaron.

(POST)

En 27 de las actividades de autocuidado los participantes no se detuvieron a descansar, solo en dos si se detuvieron a descansar, diez de los participantes no se detuvieron a descansar en actividades domésticas y de recreación y tiempo libre. En 6 de las nueve actividades de deporte los participantes se detuvieron a descansar, solo en tres no descansaron. En la actividad de trabajar el paciente si se detuvo a descansar.

Grupo B

Ítem 1



GRAFICA 12 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 1.

(PRE)

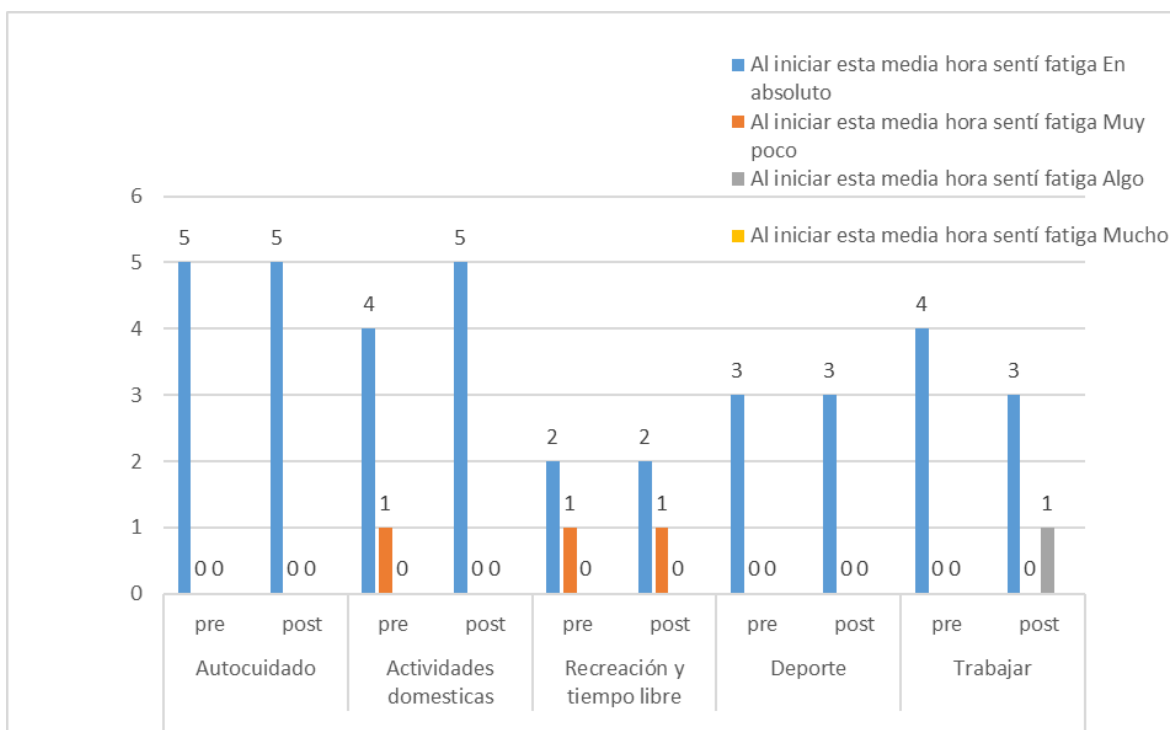
En tres actividades de autocuidado no sintieron dolor los participantes y en 2 sintieron mucho dolor, en actividades domésticas se encontró que una de las actividades les generaba muy poco dolor y 4 nada de dolor, ninguna actividad de recreación y tiempo libre les genera dolor y solo una actividad de trabajar les causa mucho dolor.

(POST)

En el grupo B se observa que en tres de las actividades realizadas por los participantes de autocuidado no sintieron estos dolores algunos, en una actividad respectivamente sintieron algo de dolor y mucho dolor. En actividades domésticas los participantes dijeron no sentir ningún dolor, mientras que en una si sintieron mucho dolor. En las tres actividades de recreación y tiempo libre, los participantes no manifestaron ningún dolor, mientras que en actividades de deporte existe una

actividad que genera algo de dolor, las otras dos no les genera ningún dolor. En 3 actividades de trabajo, los participantes expresaron no sentir dolor, solo en una les causa mucho dolor.

Ítem 2



GRAFICA 13 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 2.

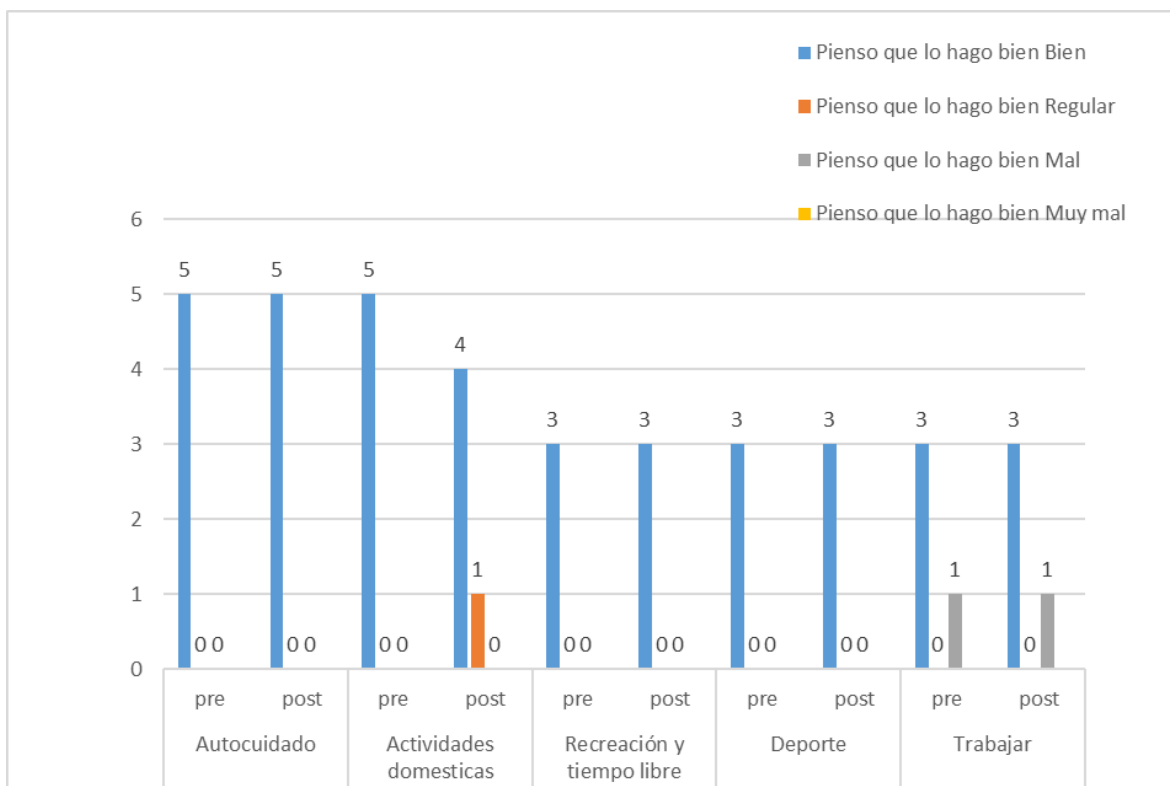
(PRE)

En de deporte, autocuidado y trabajo los participantes no sintieron fatiga. Mientras que en actividades domésticas, si hubo una actividad de las cuatro que les generó muy poco dolor.

(POST)

Ningún participante sintió fatiga al iniciar la media hora con actividades de autocuidado, domésticas y de deporte. En actividades de recreación y tiempo libre, de las 3 actividades, 2 no generaron nada de fatiga y una causó un poco de fatiga. Trabajar genera algo de fatiga en una actividad, en las otras 3 no genera nada de fatiga.

Ítem 3



GRAFICA 14 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 3.

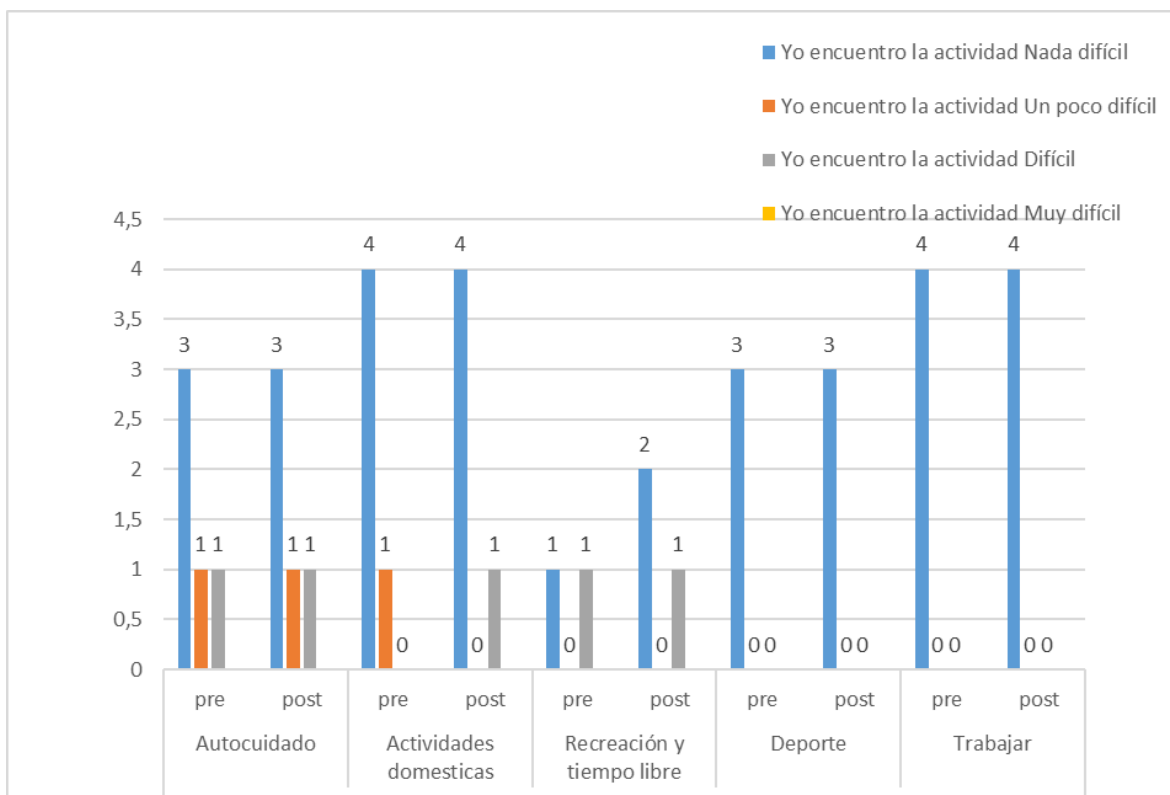
(PRE)

Los participantes del grupo B consideran que hacen bien las actividades domésticas, de autocuidado, recreación y tiempo libre y deporte. Sólo una actividad laboral considera que la realizan mal.

(POST)

Los participantes consideran que hacen muy bien todas sus actividades de autocuidado, recreación y tiempo libre y deporte. En las actividades domésticas consideran que 4 de éstas las realizan muy bien y una regular, en el trabajo una actividad es considerada realizada mal y las otras tres bien.

Ítem 4



GRAFICA 15 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 4.

(PRE)

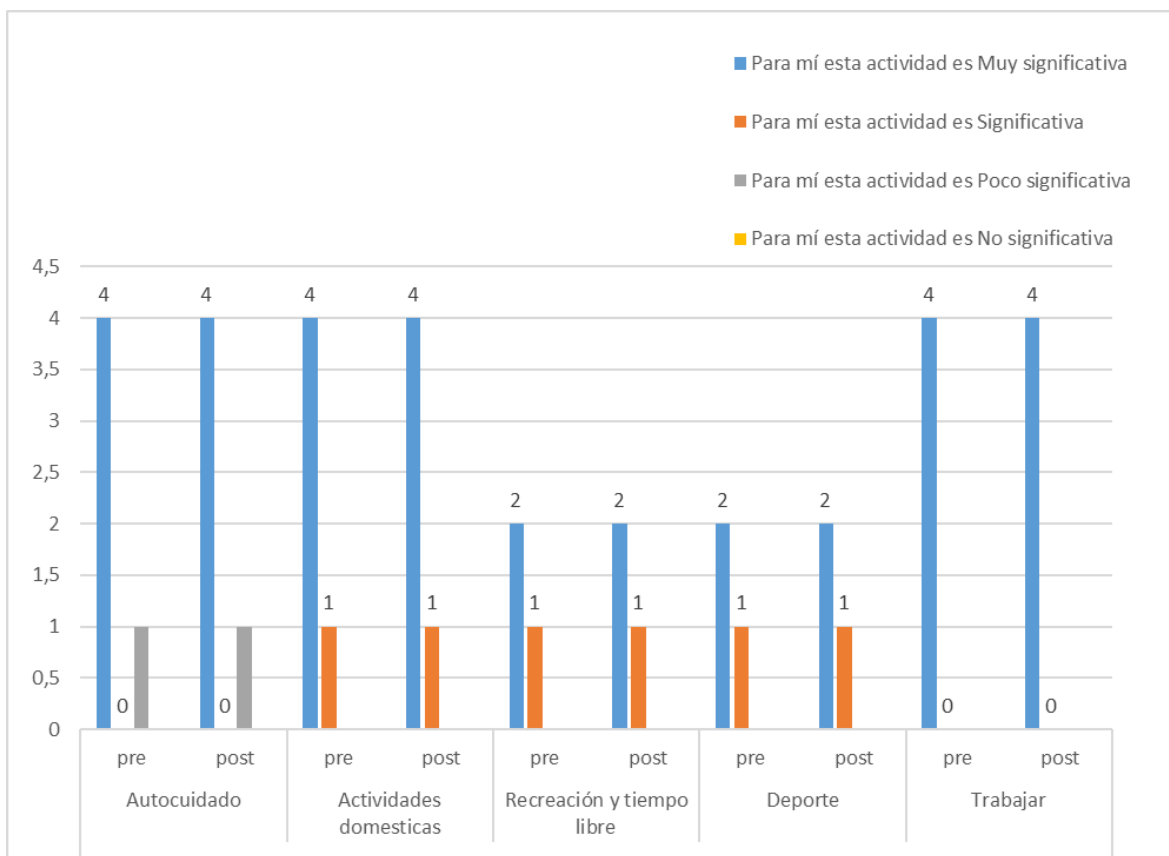
Los participantes no encuentran difícil trabajar y realizar deporte. De las 4 actividades de autocuidado, los participantes refirieron que 2 les generaban un grado de dificultad, una de las 5 actividades domésticas la consideraron como un poco difícil y una de las 2 actividades de recreación y tiempo libre es difícil para los participantes.

(POST)

Los participantes del grupo B encuentran dos actividades de autocuidado un poco difícil y difícil, mientras que otras 3 no las encuentran para nada difícil. 4 de las actividades domésticas son para estos nada difícil y solo una es difícil. En actividades de recreación y tiempo libre 2 actividades las consideran como nada difícil, pero una de este si genera dificultad en los participantes. Trabajar y realizar actividades de deporte no tienen ninguna dificultad en los participantes.

Ítem 5

En este ítem no se evidencia diferencias en la respuesta de los participantes respecto al pre y pos tratamiento.



GRAFICA 16 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 5.

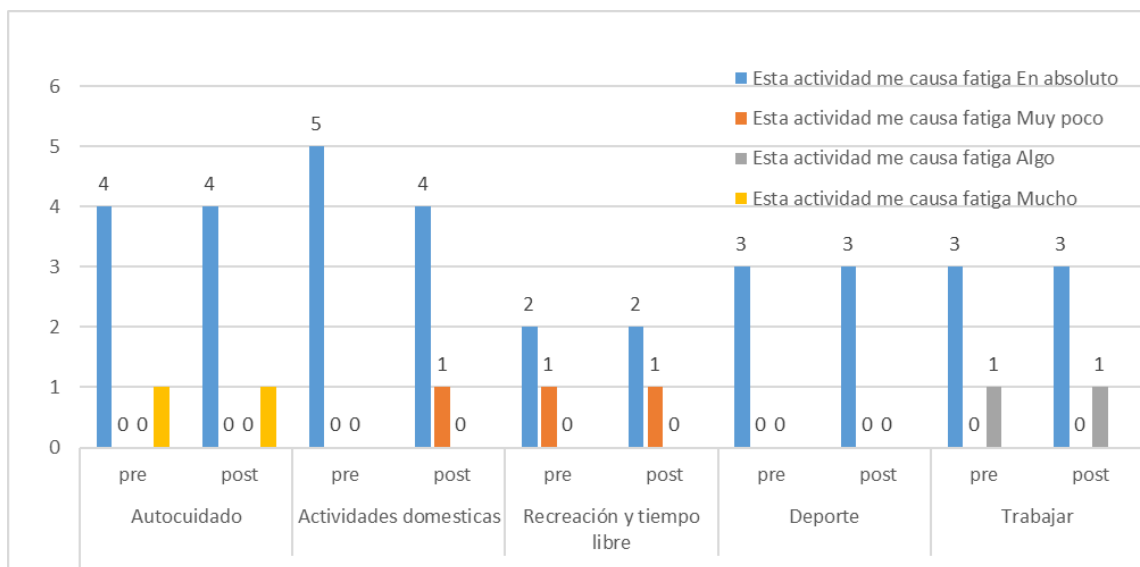
(PRE)

Para los participantes trabajar es muy significativo, de las 3 actividades de recreación y tiempo libre y deporte se encontró todas en cada categoría son muy significativas, al igual que en las actividades domésticas. En actividades autocuidado existe una actividad que no es significativa para los participantes.

(POST)

Trabajar es muy significativo para los participantes, las actividades de autocuidado de las 5, 4 son muy significativas para los participantes y una es poco significativa, las actividades domésticas todas son consideradas como significativas, al igual que las actividades de recreación y tiempo libre y deporte.

Ítem 6



GRAFICA 17 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 6.

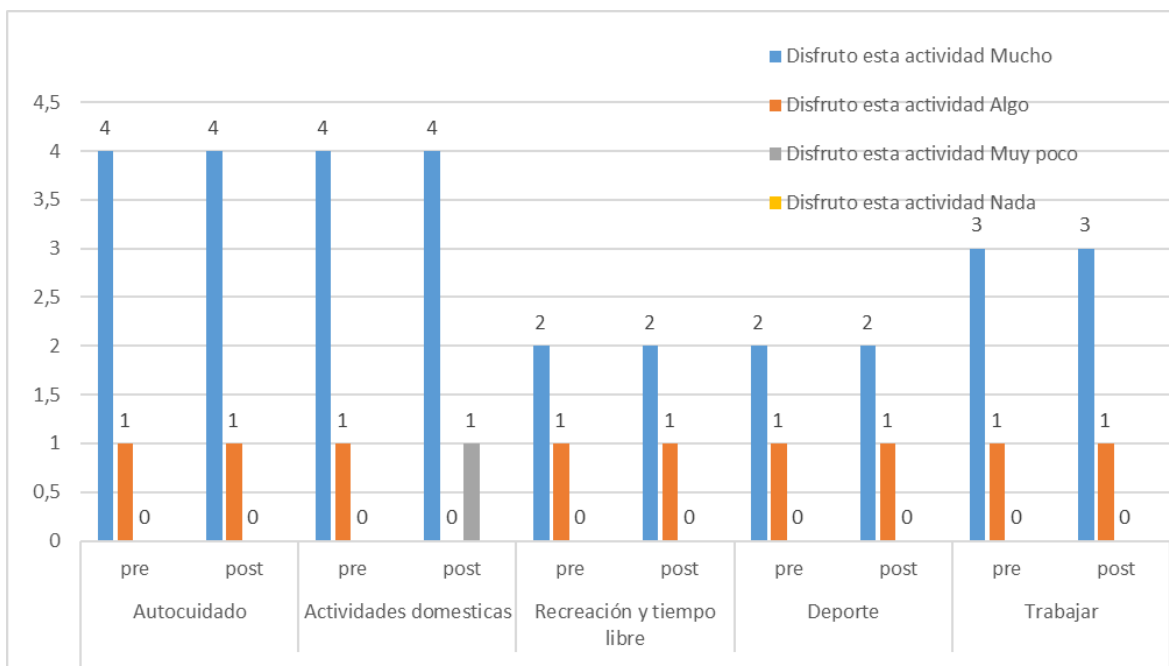
(PRE)

Las actividades como deporte y actividades domésticas no les generan fatiga a los participantes, mientras que en las actividades de autocuidado existe una actividad que les genera mucha fatiga, al igual que una actividad laboral que crea algo de fatiga en los participantes.

(POST)

Para un participante realizar actividades de autocuidado le causa mucha fatiga, mientras otras de las 4 actividades de autocuidado no causan ninguna fatiga en estos. Para las actividades domésticas 4 de estas no causan ninguna fatiga, mientras que una de estas causas muy poca fatiga. Actividades de recreación y tiempo libre al igual q las actividades domésticas, solo una causa muy poca fatiga, el resto no causa nada de fatiga. Realizar deporte en los participantes no causa nada de fatiga, mientras que solo una actividad del trabajo les causa algo de fatiga.

Ítem 7



GRAFICA 18 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 7.

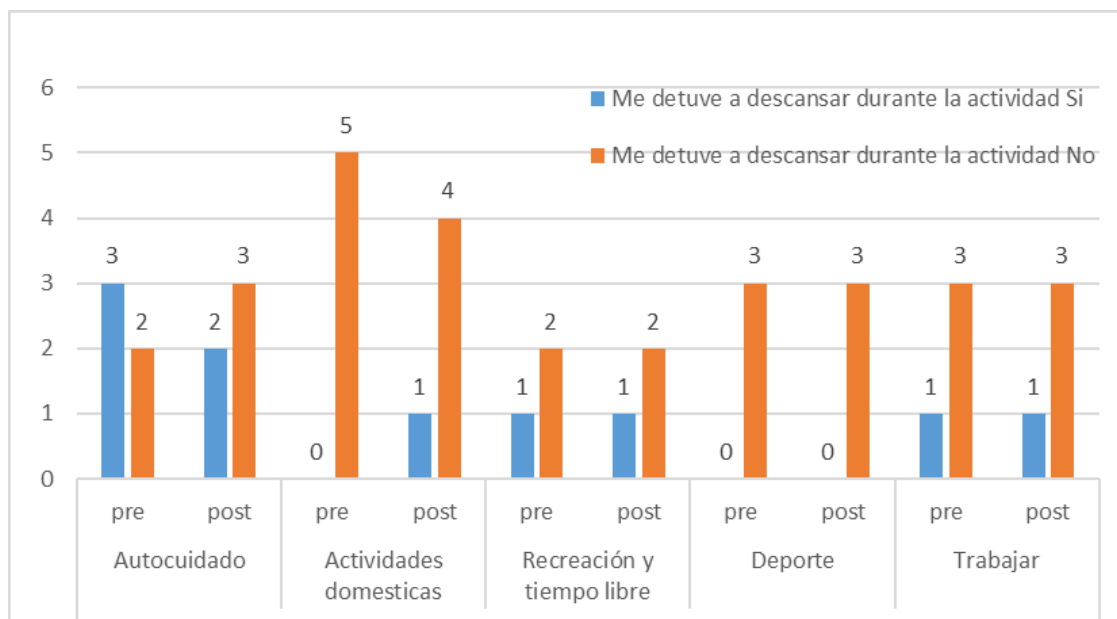
(PRE)

Los participantes disfrutaban mucho 4 de sus 5 actividades de autocuidado y actividades domésticas. En dos de las tres actividades de recreación y tiempo libre y deporte los participantes disfrutaban mucho. En las actividades de trabajar solo 3 de estas son disfrutadas en su totalidad, una actividad es disfrutada en algo.

(POST)

Los participantes consideran que disfrutaban en su totalidad 4 de las 5 actividades de autocuidado, solo una la disfrutaban en algo. En las actividades domésticas, los participantes disfrutaban 4 de estas y una la disfrutaban muy poco; para las actividades de recreación y tiempo libre y deporte, los participantes disfrutaban 2 de las actividades mucho y una en algo. Finalmente trabajar lo disfrutaban en 3 de las actividades y una de estas en algo.

Ítem 8



GRAFICA 19 Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pre y Post test. Grupo B (experimental) Pregunta 8.

(PRE)

Los participantes del grupo B no se detuvieron a descansar en actividades domésticas, ni de deporte, mientras que, en actividades como recreación y tiempo libre, autocuidado y trabajar si hubo actividades que requirieron de un descanso, no en todas.

(POST)

Los participantes se detuvieron a descansar en 3 de las 5 actividades de autocuidado, en una de las 5 actividades domésticas, en 2 de las 3 actividades de recreación y tiempo libre y en una de las 4 actividades del trabajo. Al realizar deporte los participantes no se detuvieron a descansar en ninguna de sus actividades.

8.1.3 Escala FACIT de fatiga

(PRE)

De los participantes del grupo A tres consideran que no se sienten agotados, nueve dijeron sentirse un poco agotados y dos entre algo y mucho. En el grupo B tres personas no se sienten para nada agotados y solo uno un poco. Seis de las personas del grupo A no sienten debilidad en el cuerpo y ocho manifiestan algún grado de debilidad, del grupo B tres no sienten debilidad y solo uno si la ha percibido

Todos los participantes del grupo B afirmaron no sentirse decaídos ni estar demasiados cansados para comer o tener que limitar sus actividades por cansancio. Del grupo A doce participantes se sienten decaídos, solo tres no se sentían cansados, nueve no evidenciaron dificultad para empezar o culminar sus

actividades y doce de estos no están demasiado cansados para comer, no necesitan ayuda para realizar sus actividades, tampoco se sienten frustrados al estar muy cansados para realizar sus actividades.

		Grupo A	Grupo B
Me siento agotado	Nada	3	3
	Un poco	9	1
	Algo	1	0
	Mucho	1	0
	Muchísimo	0	0
Siento debilidad en todo el cuerpo	Nada	6	3
	Un poco	3	1
	Algo	5	0
	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0
Me siento decaído	Nada	12	4
	Un poco	0	0
	Algo	1	0
	Mucho	1	0
	Muchísimo	0	0
Me siento cansado	Nada	3	1
	Un poco	9	3
	Algo	2	0
	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0
Tengo dificultad para comenzar las cosas porque estoy cansado	Nada	9	3
	Un poco	4	0
	Algo	1	1
	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0
Tengo dificultad para terminar las cosas porque estoy cansado	Nada	9	3
	Un poco	5	1
	Algo	0	0
	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0
Tengo energía	Nada	2	0
	Un poco	3	0
	Algo	2	2
	Mucho	5	1
	Muchísimo	2	1

Soy capaz de hacer mis actividades habituales	Nada	1	0
	Un poco	0	0
	Algo	2	1
	Mucho	8	1
	Muchísimo	3	2
Necesito dormir durante el día	Nada	5	3
	Un poco	2	0
	Algo	7	1
	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0
Estoy demasiado cansado para comer	Nada	12	4
	Un poco	2	0
	Algo	0	0
	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0
Necesito ayuda para hacer mis actividades habituales	Nada	12	3
	Un poco	1	1
	Algo	0	0
	Mucho	1	0
	Muchísimo	0	0
Estoy frustrado porque estoy demasiado cansado Para hacer las cosas que quiero hacer	Nada	12	2
	Un poco	0	0
	Algo	1	2
	Mucho	1	0
	Muchísimo	0	0
Tengo que limitar mis actividades sociales debido al cansancio	Nada	10	4
	Un poco	4	0
	Algo	0	0
	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0

Tabla 5 Escala FACIT de fatiga. Pretest. Grupo A y B.

(POST)

En el Test FACIT se encontró que al final de la intervención el grupo A 11 de los 14 participantes no se sintieron agotados y tres de estos tuvieron un poco de agotamiento. En el grupo B conformado por 4 participantes, tres de estos no sintieron ningún agotamiento y solo uno tuvo un poco de agotamiento; esta misma situación se evidencio en sentir debilidad en todo el cuerpo. Ningún participante en los dos grupos se sintió decaído. De los participantes del grupo A nueve se sintieron cansados y cinco vivenciaron un poco de cansancio, en el grupo control

uno no se sintió cansado, dos sintieron un poco de cansancio y uno de los participantes no respondió.

Doce participantes del grupo A, no tuvieron dificultad alguna para terminar sus actividades, los otros dos tuvieron alguna dificultad; del grupo B dos no tuvieron dificultad, uno un poco de dificultad y el otro algo de dificultad. De los participantes que no tuvieron dificultad para terminar las cosas, 13 de los 14 se incluyeron en esta afirmación y solo uno tuvo un poco de dificultad; en el grupo B, 3 no tuvieron dificultad para terminar sus actividades mientras que uno si tuvo alguna dificultad.

Al consultar en el grupo B si sentían “Tener energía” respondieron los cuatro participantes de forma dispersa ya que tres tenían algún nivel de energía y uno de ellos dijo no tenerla; Ya en el grupo A 10 consideraron tener entre mucha y muchísima energía, del resto de los participantes, uno no respondió y los otros tres tenían entre un poco y algo de energía. En el grupo A una persona considera que no es capaz de hacer sus actividades habituales, el resto se siente con muchísima capacidad; para el grupo B todos se sintieron capaces de hacer sus actividades habituales. Todos los participantes del grupo B dijeron que no se encuentran cansados para comer, mientras que del grupo A 13 no se encuentran cansados para comer y uno presenta algún cansancio para realizar dicha actividad.

Ningún participante del grupo B debe limitar sus actividades sociales debido al cansancio, en el grupo A un paciente se ve limitado “Algo” debido al cansancio, los otros 13 no sienten dicha limitación.

		Grupo A	Grupo B
Me siento agotado	Nada	11	3
	Un poco	3	1
	Algo	0	0
	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0
Siento debilidad en todo el cuerpo	Nada	11	3
	Un poco	3	1
	Algo	0	0
	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0
Me siento decaído	Nada	14	4
	Un poco	0	0
	Algo	0	0
	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0
Me siento cansado	Nada	9	1

	Un poco	5	2
	Algo	0	0
	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0
Tengo dificultad para comenzar las cosas porque estoy cansado	Nada	12	2
	Un poco	2	1
	Algo	0	1
	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0
Tengo dificultad para terminar las cosas porque estoy cansado	Nada	13	3
	Un poco	1	1
	Algo	0	0
	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0
Tengo energía	Nada	0	1
	Un poco	2	0
	Algo	1	1
	Mucho	4	1
	Muchísimo	6	1
Soy capaz de hacer mis actividades habituales	Nada	1	0
	Un poco	0	0
	Algo	0	2
	Mucho	8	0
	Muchísimo	5	2
Necesito dormir durante el día	Nada	5	2
	Un poco	7	0
	Algo	2	1
	Mucho	0	1
	Muchísimo	0	0
Estoy demasiado cansado para comer	Nada	13	4
	Un poco	1	0
	Algo	0	0
	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0
Necesito ayuda para hacer mis actividades habituales	Nada	12	3
	Un poco	1	1
	Algo	1	0
	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0
Estoy frustrado porque	Nada	13	2

estoy demasiado cansado	Un poco	1	0
para hacer las cosas que	Algo	0	2
quiero hacer	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0
	Nada	13	4
Tengo que limitar mis	Un poco	0	0
actividades sociales debido	Algo	1	0
al cansancio	Mucho	0	0
	Muchísimo	0	0

Tabla 6 Escala FACIT de fatiga. Posttest. Grupo A y B.

8.1.3.1 Test WILCOXON

Se desea comparar el progreso de los participantes antes y después de ser implementado el tratamiento de danza – movimiento, para esto se tiene un grupo control de 4 personas a los cuales se les evalúa antes y después del tratamiento. Lo que se quiere saber de manera específica es si la terapia ayudó a reducir el nivel de fatiga, cansancio y dolor de los participantes. Debido a esto se utilizó la prueba de signo y la prueba de suma de rangos con signo Wilcoxon ya que los datos no presentan propiedades paramétricas como normalidad, varianza constante y lo más importante el tamaño de muestra no es suficiente para que pruebas paramétricas sean implementadas. Para la prueba Wilcoxon se utilizó el antes y después del cuestionario “Escala FACIT de fatiga”. Esta comparación sólo pudo ser aplicada a cuatro personas, las cuales dijeron que si autorizaban y participaban para la comparación de tratamientos. Propiamente lo que hace la prueba Wilcoxon es realizar diferencias de medias entre individuos antes y después; luego de esto se contabilizan cuantas diferencias son positivas y cuantas negativas, esto bajo la afirmación de que no existen diferencias entre el antes y después del paciente con estas diferencias se calcula el estadístico Wilcoxon el cual es comparado con la tabla de la distribución binomial.

Este algoritmo o prueba se realizó en el programa SPSS, más adelante se explicarán los resultados de manera detallada y en qué casos fue significativa la danza – movimiento.

Se evaluó las siguientes preguntas:

1. Me siento agotado
2. Siento debilidad en el cuerpo
3. Me siento decaído
4. Me siento cansado
5. Tengo dificultad para comenzar las cosas porque estoy cansado
6. Tengo dificultad para terminar las cosas porque estoy cansado

7. Tengo energía
8. Soy capaz de hacer mis actividades habituales (trabajar, ir a la escuela, hacer compras)
9. Necesito dormir durante el día
10. Estoy demasiado cansado para comer
11. Necesito ayuda para hacer mis actividades habituales
12. Estoy frustrado porque estoy demasiado cansado para hacer las cosas que quiero hacer.
13. Tengo que limitar mis actividades sociales debido al cansancio.

Todas estas preguntas se evaluaron en la siguiente escala:

- 0- Nada
- 1- Un poco
- 2- Algo
- 3- Mucho
- 4- Muchísimo

La regla de decisión del test Wilcoxon es:

Si el valor de significancia de la prueba es menor al nivel de significancia establecido se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

$$p < \alpha (\text{Rechazo } H_0)$$

Con esto se concluye que el test Wilcoxon arrojó para cada una de las preguntas a comparación con un nivel de significancia de $\alpha=0,05$ que sólo fue significativa o disminuyó la fatiga en el caso donde las personas tenían dificultad para terminar de hacer sus actividades. Para el resto de casos, la danza movimiento no tuvo mayor efecto en los adultos mayores y su desempeño ocupacional.

Estadísticos de contraste													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Z	-	-1,633 ^b	-1,000 ^b	-	-,577 ^b	-2,000 ^b	-,184 ^c	-,272 ^b	-,378 ^b	-1,000 ^c	-1,000 ^b	,000 ^d	-1,000 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	,157	,102	,317	,157	,564	,046	,854	,785	,705	,317	,317	1,000	,317

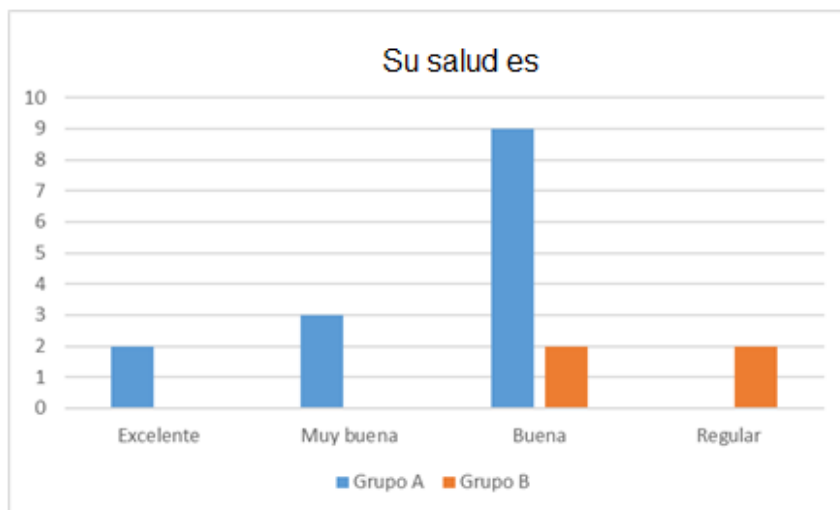
Tabla 7 Escala FACIT de fatiga contraste. Test Wilcoxon

- a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon
- b. Basado en los rangos positivos.
- c. Basado en los rangos negativos.
- d. La suma de rangos negativos es igual a la suma de rangos positivos.

8.1.4 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud

(PRE)

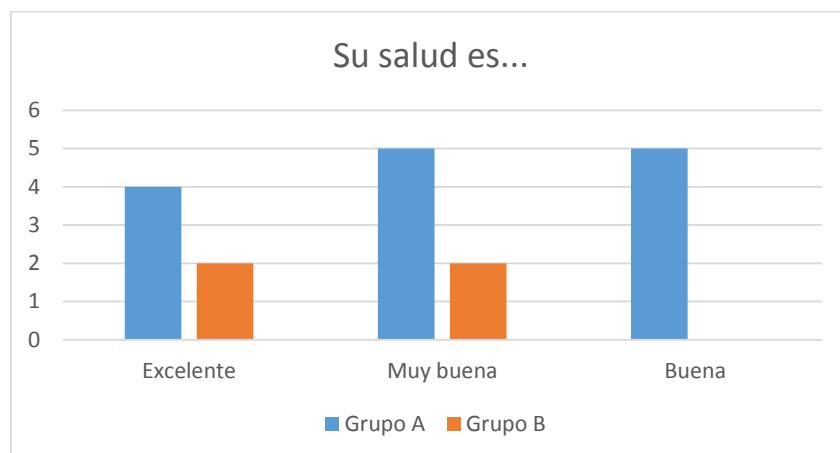
La salud de los participantes del grupo A fue muy variable ya que dos de estos dijeron tener un estado de salud excelente, tres consideraron que tienen un estado de salud muy bueno y nueve un estado de salud bueno, mientras que en el grupo B dos participantes consideraron que su salud era buena y los otros dos como regular.



GRAFICA 20 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 1

(POST)

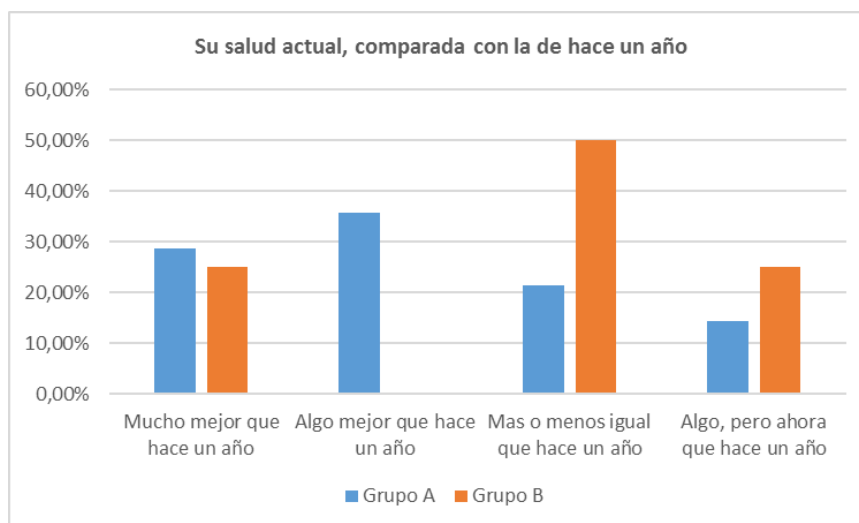
De los 14 participantes pertenecientes al grupo A se encontró que al final del tratamiento cuatro consideraron que su salud era “Excelente”, 5 dijeron que su salud era “muy buena” y los otros cinco participantes dijeron que está era buena. Dos de los participantes del grupo B consideran que su salud es excelente y los otros dos que su salud es muy buena.



GRAFICA 21 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A y B. Pregunta 1

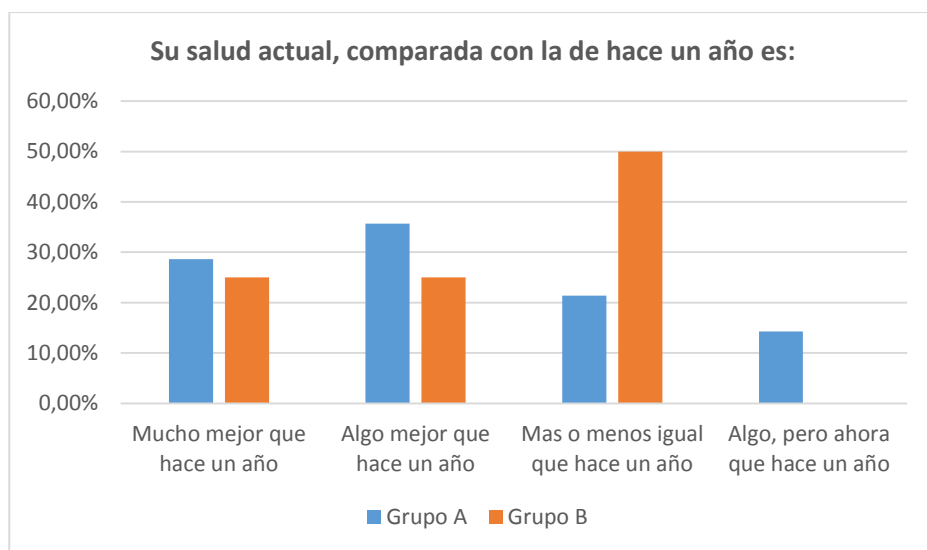
(PRE)

La salud actual de los participantes del grupo A se encontraba por parte del 28,6% como mucho mejor que hace un año, el 35,7% dijeron que esta era algo mejor que hace un año, un 21,4% de los participantes consideran que es más o menos igual que hace un año y el 14,3% manifestaron que esta era algo, pero ahora que hace un año. Del grupo B se observa que dos participantes presentaban un estado de salud más o menos igual que hace un año, un participante dijo estar mucho mejor que hace un año y otro participante la considero algo, pero ahora que hace un año.



(POST)

De los 14 participantes del grupo A al final de la intervención se observó que el 28,6% considera que su salud actual respecto a la de hace un año es mucho mejor, el 35,7% dijo que su salud era “Algo mejor que hace un año”, un 21,4% considera que está es “Más o menos igual que hace un año” y finalmente el 14,3% dijo que su salud era “Algo, pero ahora que hace un año”. En el grupo B el 50% de los participantes dijeron que, su salud es “Más o menos igual que hace un año”, un 25% respectivamente considera que su salud respecto a hace un año es mucho mejor y algo, pero ahora que hace un año.



GRAFICA 23 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A y B. Pregunta 2

(PRE)

A cinco de los participantes del grupo A se les limita mucho realizar esfuerzos intensos, a otros cinco no se les limita y a 4 si les limita un poco realizar esfuerzos intensos, por otra parte, a todos los participantes del grupo B se les limita mucho o poco realizar dichos esfuerzos. Realizar esfuerzos moderados no se le limita a la mitad del grupo B, a la otra mitad se les limita un poco; para el grupo A, ocho de los participantes no sienten limitación para realizar esfuerzos moderados y 6 de los participantes si presentan alguna limitación.

Coger o llevar la bolsa de compra no se les limita a ocho de los participantes del grupo A, solo a 6 de estos se les limita un poco. La misma pregunta en el grupo B no se le limita a un participante, a los otros tres participantes les causa algún grado limitación. Subir varios pisos por la escalera no es una limitación para dos de los participantes del grupo B, para el grupo A es a cuatro, mientras que el resto de participantes expresa algún grado de limitación subir varios pisos por la escalera. Subir un solo piso por la escalera no tiene limitación para dos participantes del grupo B, para el grupo A es a ocho. Mientras que a seis de los

participantes del grupo A y a dos del grupo B si les genera un grado de limitación. Agacharse o arrodillarse se le limita solo a un participante del grupo B y a nueve del grupo A. Caminar es la actividad que menos se les dificulta a los participantes de ambos grupos, ya sea una manzana, un km o varias manzanas.

		Grupo A	Grupo B
Esfuerzos intensos	Si me limita mucho	5	2
	Si me limita un poco	4	2
	No me limita	5	0
Esfuerzos moderados	Si me limita mucho	2	0
	Si me limita un poco	4	2
	No me limita	8	2
Coger o llevar la bolsa de la compra	Si me limita mucho	0	2
	Si me limita un poco	6	1
	No me limita	8	1
Subir varios pisos por la escalera	Si me limita mucho	4	1
	Si me limita un poco	6	1
	No me limita	4	2
Subir un solo piso por la escalera	Si me limita mucho	2	0
	Si me limita un poco	4	2
	No me limita	8	2
Agacharse o arrodillarse	Si me limita mucho	6	0
	Si me limita un poco	3	1
	No me limita	5	3
Caminar un km o más	Si me limita mucho	3	1
	Si me limita un poco	0	0
	No me limita	11	3
Caminar varias manzanas	Si me limita mucho	2	1
	Si me limita un poco	2	0
	No me limita	10	3
Caminar una sola manzana	Si me limita mucho	0	0
	Si me limita un poco	2	1
	No me limita	12	3
Bañarse o vestirse por sí misma(o)	Si me limita mucho	1	0
	Si me limita un poco	1	1
	No me limita	12	3

Tabla 8 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 3.

(POST)

Para el grupo A al final de la intervención a una cantidad significativa de los participantes no se les limita realizar esfuerzos moderados, coger o llevar la bolsa de la compra, subir un solo piso por la escalera, caminar un km o más, caminar una o varias manzanas, ni bañarse o vestirse por sí mismo. Mientras que actividades como esfuerzos intensos, subir varios pisos por la escalera y agacharse o arrodillarse les genera mayor limitación. A la mitad de los participantes del grupo B se les limita un poco realizar esfuerzos intensos y a la otra mitad se les limita mucho. Para la mitad de los participantes del grupo control realizar esfuerzos moderados no tiene limitación, mientras que para la otra mitad si existe un poco de limitación. Acciones como llevar o coger una bolsa y subir un solo piso es limitación para la mitad de los participantes. Existió una mejoría en los participantes del grupo control ya que tres manifestaron no tener limitación para agacharse o arrodillarse, caminar un km o más, caminar varias manzanas y bañarse o vestirse por sí solos.

		Grupo A	Grupo B
Esfuerzos intensos	Si me limita mucho	5	2
	Si me limita un poco	4	2
	No me limita	5	0
Esfuerzos moderados	Si me limita mucho	2	0
	Si me limita un poco	4	2
	No me limita	8	2
Coger o llevar la bolsa de la compra	Si me limita mucho	0	2
	Si me limita un poco	6	1
	No me limita	8	1
Subir varios pisos por la escalera	Si me limita mucho	4	1
	Si me limita un poco	6	1
	No me limita	4	2
Subir un solo piso por la escalera	Si me limita mucho	2	0
	Si me limita un poco	4	2
	No me limita	8	2
Agacharse o arrodillarse	Si me limita mucho	6	0
	Si me limita un poco	3	1
	No me limita	5	3
Caminar un km o más	Si me limita mucho	3	1
	Si me limita un poco	0	0
	No me limita	11	3
Caminar varias manzanas	Si me limita mucho	2	1
	Si me limita un poco	2	0
	No me limita	10	3
			0

	Si me limita mucho	0	1
Caminar una sola manzana	Si me limita un poco	2	3
	No me limita	12	0
Bañarse o vestirse por sí misma(o)	Si me limita mucho	1	1
	Si me limita un poco	1	3
	No me limita	12	

Tabla 9 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Posttest. Grupo A y B. Pregunta 3.

(PRE)

Doce de los participantes del grupo A no redujeron el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, los otros dos si lo redujeron. Del grupo B el 50% de los participantes redujo su tiempo y el otro 50% no. Solo una persona del grupo B No hizo menos de lo que quería, el resto no cumplió sus expectativas; para el grupo A ocho de los participantes hizo menos de lo que esperaba, los otros seis cumplieron su objetivo. Esta misma situación se evidencio en si los participantes tuvieron que dejar de hacer sus actividades.

Nueve de los participantes del grupo A no tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas, solo una persona del grupo B no tuvo dificultad, el resto de las personas en ambos grupos presentó dificultad al realizar sus actividades.

		Grupo A	Grupo B
Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas	Si	2	2
	No	12	2
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer	Si	8	3
	No	6	1
Tuvo que dejar de hacer	Si	8	3

tareas en su trabajo o en sus actividades	No	6	1
Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas	Si	5	3
	No	9	1

Tabla 10 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 4.

(POST)

Para el grupo A, 12 de los 14 participantes manifestaron no tener que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, seis de los participantes dijo haber hecho menos de lo que hubiera querido hacer y haber dejado de hacer tareas en su trabajo o actividades. Nueve de estos considera que no tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas. El 50% de los participantes del grupo control redujo el tiempo dedicado al trabajo y a sus actividades cotidianas, el otro 50% manifestó no haber reducido dicho tiempo. Tres de los participantes del grupo B hizo menos de lo que hubiera querido hacer, tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades y tuvo dificultad para hacer su trabajo. Solo un participante no considero estas situaciones.

		Grupo A	Grupo B
Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas	Si	2	2
	No	12	2
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer	Si	8	3
	No	6	1
Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades	Si	8	3
	No	6	1
Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas	Si	5	3
	No	9	1

Tabla 11 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A y B. Pregunta 4.

(PRE)

En el grupo A se evidenció que solo una persona redujo el tiempo dedicado a sus actividades, hizo menos de lo que quería y no hizo sus actividades por problemas emocionales, los otros trece no se vieron afectados por dicho problema. En el grupo B una persona redujo el tiempo de sus actividades, dos hicieron menos de lo esperado por problemas emocionales. Todas las personas hicieron sus actividades, es decir que los problemas emocionales no afectaron su ejecución.

	Grupo B	Grupo A
--	---------	---------

Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional	Si	1	1
	No	3	13
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional	Si	2	1
	No	2	13
No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas, por algún problema emocional	Si	0	1
	No	4	13

Tabla 12 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 5.

(POST)

En el grupo A se encontró que ninguno de los participantes tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo o actividades cotidianas, hizo menos de lo hubiera querido hacer y dejó de hacer su trabajo o actividades cotidianas solo por problemas emocionales. En el grupo control tres de los participantes consideraron que no tuvieron que reducir su tiempo debido a problemas emocionales, la mitad de los participantes manifestó haber realizado menos de lo que hubiera querido hacer debido a algún problema emocional y ningún participante dejó de hacer su trabajo o sus actividades cotidianas por algún problema emocional.

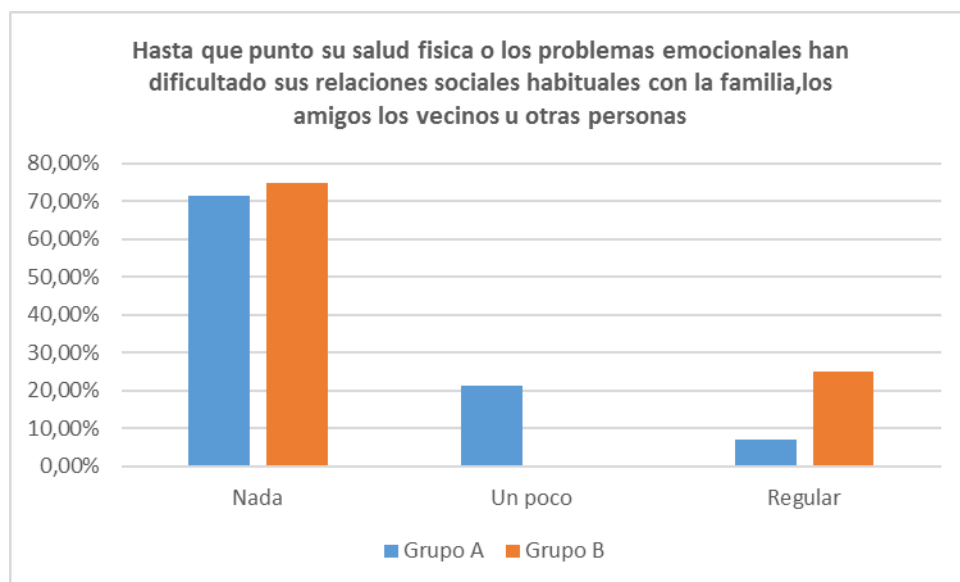
		Grupo A	Grupo B
Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional	Si	0	1
	No	14	3
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional	Si	0	2
	No	14	2
No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas, por algún problema emocional	Si	0	0
	No	14	4

Tabla 13 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Posttest. Grupo A y B. Pregunta 5.

(PRE)

Del grupo A se encontró que al 71,4% de los participantes, los problemas emocionales y su salud física no afectó en nada sus relaciones habituales, mientras que el 21,4% le afectó un poco y al 7,1% de manera regular. En el grupo

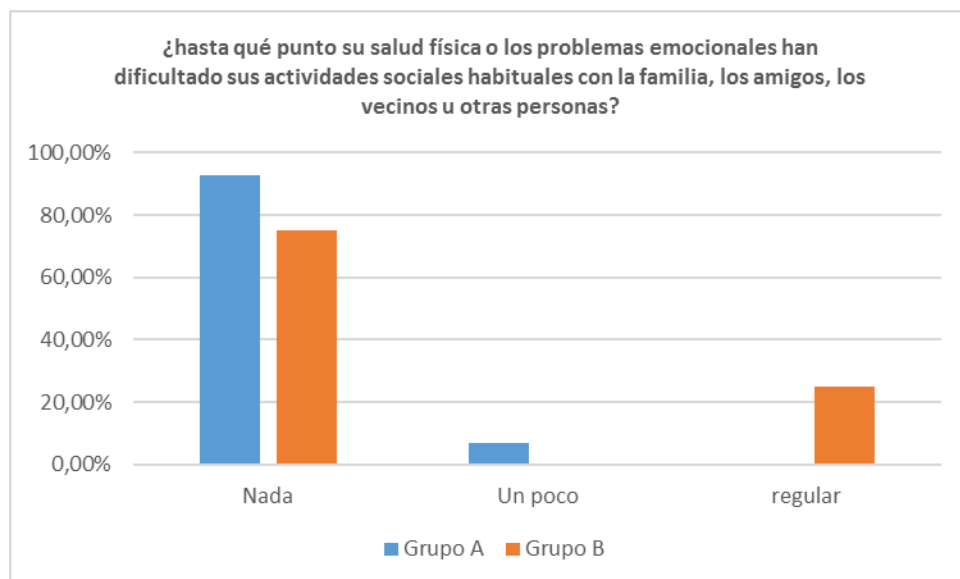
B al 75% de los participantes, los problemas emocionales y su salud física no le afectan en nada sus relaciones habituales y al 25% le afecta de manera regular.



GRAFICA 24 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 6

(POST)

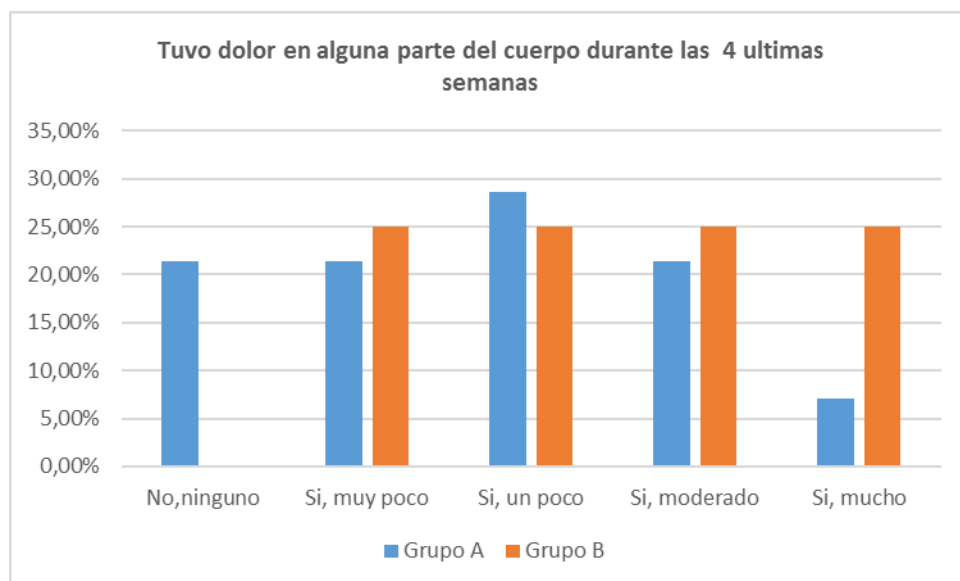
En el grupo A el 71,9% de los participantes dijeron que su salud física y sus problemas emocionales no le han dificultado para “nada” sus relaciones sociales habituales. Finalmente el 7,1% de los participantes consideran que su salud física y problemas emocionales dificultan un poco sus relaciones sociales habituales. En el grupo B se encontró que el 75% de los participantes no les dificulta sus relaciones sociales habituales los problemas emocionales o su salud física, mientras que el 25% se ve afectado de manera regular.



GRAFICA 25 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Posttest. Grupo A y B. Pregunta 6

(PRE)

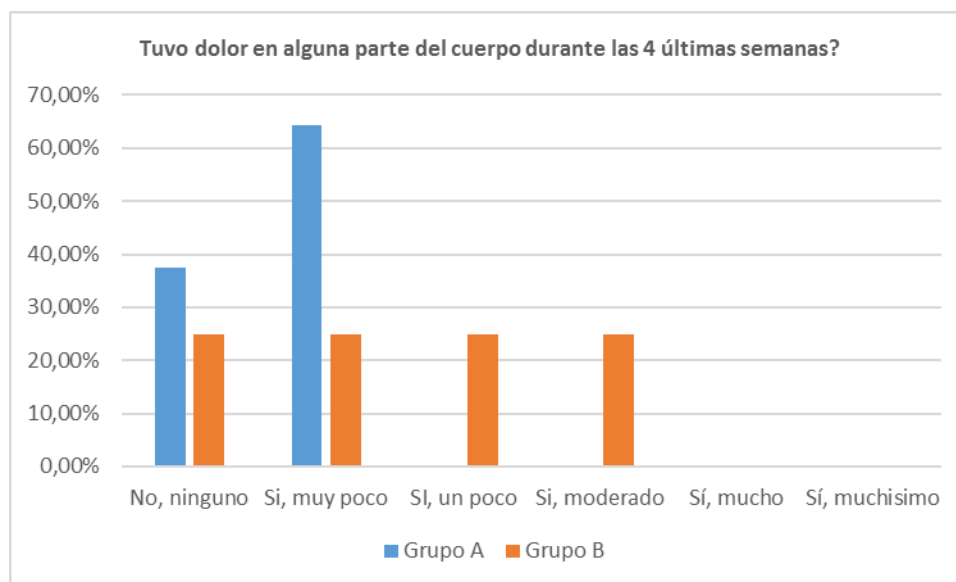
El 21,4% de las personas del grupo A no tuvo ningún dolor durante las últimas cuatro semanas, otro 21,4% de los participantes tuvo muy poco dolor, el 28,6% de los participantes tuvo un poco de dolor, otro 21,4% de los participantes considero que tuvo dolor moderado y finalmente el 7,1% dijo haber tenido mucho dolor. En el grupo B cada participante tuvo un rango de dolor diferente (un poco o regular), pero de igual forma califica como dolor.



GRAFICA 26 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 7

(POST)

En el grupo A el 35,7% de los participantes dijo no tener ningún dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas cuatro semanas, mientras que el 64,3% dijo tener muy poco dolor. En el grupo B se encontró que todos los participantes presentaban algún dolor en alguna parte del cuerpo y además con un nivel de dolor diferente.



GRAFICA 27 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A y B. Pregunta 7

(PRE)

A 10 de los participantes del grupo A, el dolor le dificulta su trabajo habitual y solo cuatro no refieren dificultad para nada en su trabajo. Del grupo B se observa que solo a una persona no se le dificulta la ejecución de su trabajo habitual, las otras tres personas reconocen estar afectadas por el dolor en sus actividades laborales.

8. Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (A)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	4	28,6	28,6	28,6
Un poco	8	57,1	57,1	85,7
Regular	2	14,3	14,3	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Tabla 14 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A. Pregunta 8

8. Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (B)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	1	25,0	25,0	25,0
Un poco	1	25,0	25,0	50,0
Bastante	2	50,0	50,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

Tabla 15 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo B. Pregunta 8

(POST)

Siete de los participantes del grupo A refirió que el dolor no le dificulta en “nada” su trabajo habitual, 6 de los participantes considera que el dolor le dificulto un poco su trabajo habitual y solo un paciente manifestó que regularmente el dolor afecta en su trabajo habitual. En el grupo control, uno de los participantes no respondió. De los tres participantes que contestaron se encontró que a un paciente el dolor no le dificulta en nada su trabajo habitual, a un paciente le dificulta un poco y a otro paciente el dolor le dificulta “bastante” su trabajo habitual.

8. Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (A)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	7	50,0	50,0	50,0
Un poco	6	42,9	42,9	92,9
Regular	1	7,1	7,1	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Tabla 16 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A. Pregunta 8

8. Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (B)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	1	25,0	33,3	33,3
Un poco	1	25,0	33,3	66,7
Bastante	1	25,0	33,3	100,0
Total	3	75,0	100,0	
Perdidos Sistema	1	25,0		
Total	4	100,0		

Tabla 17 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo B. Pregunta 8

(PRE)

Del grupo A se encontró que ocho personas se sintieron llenos de vitalidad, el resto algunas veces se sentían así, nueve de las 14 personas nunca estuvieron nerviosos, diez de los participantes no se sentían bajos de moral, ocho de los participantes siempre se sintieron calmados o tranquilos, siete consideraron tener mucha energía, diez de ellos nunca refirieron estar desanimados o tristes y la mitad siempre se sintió felices. Seis participantes nunca se sintieron agotados. El grupo B se evidencia que todos se sentían llenos de vitalidad, la mayoría de veces no estaban nerviosos, tres de los cuatro participantes nunca se sintieron bajos de moral solo uno manifestó que algunas veces se sentía así, todos los participantes del grupo B manifestaron estar calmados y tranquilos, además de tener mucha energía. Dos participantes sintieron agotamiento, todos expresaron sentirse felices y solo uno desanimado y triste en algunas ocasiones.

		Grupo A	Grupo B
Se sintió lleno de vitalidad	Siempre	8	1
	Casi siempre	0	3
	Muchas veces	0	0
	Algunas veces	2	0
	Sólo algunas veces	3	0
	Nunca	0	0
Estuvo muy nervioso	Siempre	0	0
	Casi siempre	0	0
	Muchas veces	0	0
	Algunas veces	2	0
	Sólo algunas veces	2	2
	Nunca	9	2
Se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle	Siempre	0	0
	Casi siempre	0	0
	Muchas veces	0	0
	Algunas veces	2	1
	Sólo algunas veces	1	0
	Nunca	10	3
Se sintió calmado y tranquilo	Siempre	8	2
	Casi siempre	1	1
	Muchas veces	1	0
	Algunas veces	4	1
	Sólo algunas veces	0	0
	Nunca	0	0
Tuvo mucha energía	Siempre	7	3
	Casi siempre	0	0

	Muchas veces	1	0
	Algunas veces	2	1
	Sólo algunas veces	2	0
	Nunca	0	0
Se sintió desanimado y triste	Siempre	3	0
	Casi siempre	0	0
	Muchas veces	0	0
	Algunas veces	2	1
	Sólo algunas veces	1	0
	Nunca	10	3
Se sintió agotado	Siempre	0	0
	Casi siempre	0	0
	Muchas veces	0	1
	Algunas veces	5	1
	Sólo algunas veces	2	0
	Nunca	6	2
Se sintió feliz	Siempre	7	1
	Casi siempre	4	1
	Muchas veces	1	1
	Algunas veces	2	0
	Sólo algunas veces	0	1
	Nunca	0	0

Tabla 18 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 9

(POST)

En la pregunta 9 se evidencia que según cada una de las situaciones los participantes presentaron una respuesta positiva o negativa. La mitad de los participantes del grupo A manifestó siempre sentirse lleno de vitalidad, nueve de estos dijo nunca estar nervioso, 11 nunca se sintió tan bajo de moral q nada podía aliviarle, seis de los participantes dijeron estar calmados y tranquilos, la mitad dijo tener mucha energía, 11 nunca se sintieron desanimados y tristes, finalmente ocho nunca se sintieron agotados y seis se sienten felices. En el grupo B se evidencia que los participantes se sentían llenos de vitalidad la mayor parte de su vida, la mitad de estos dijeron sentirse nerviosos algunas veces, la otra mitad nunca se sintieron nerviosos. Solo un participante del grupo control expresó que sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle. Tres de los participantes del grupo B se sintieron calmados y tranquilos y con energía, solo un paciente algunas veces se sentía así. De los participantes solo un participante manifestó siempre sentirse feliz, el resto en algunas ocasiones, la mitad del grupo control nunca se sintió agotado, un paciente se sintió agotado muchas veces y otro solo algunas veces.

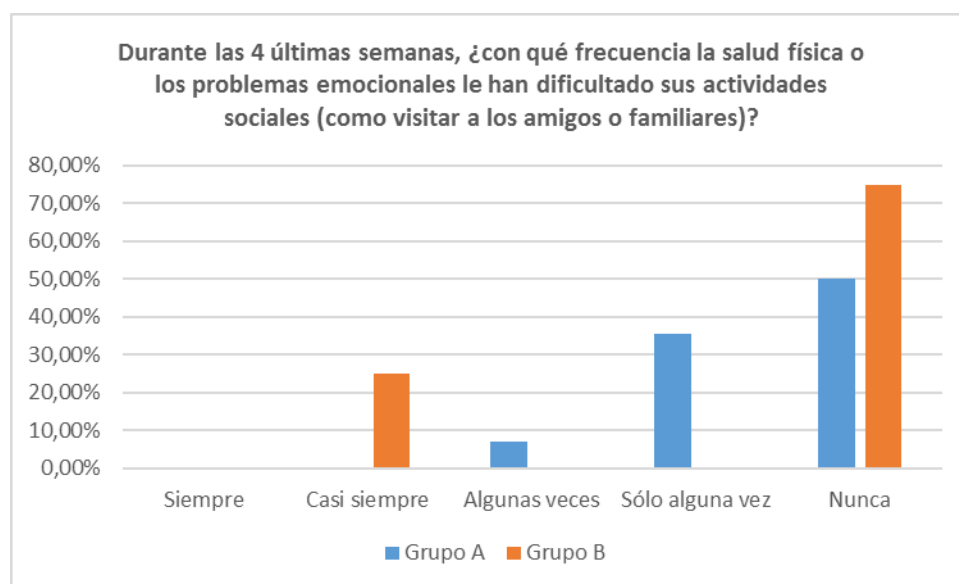
		Grupo A	Grupo B
Se sintió lleno de vitalidad	Siempre	7	1
	Casi siempre	1	3
	Muchas veces	3	0
	Algunas veces	1	0
	Sólo algunas veces	2	0
	Nunca	0	0
Estuvo muy nervioso	Siempre	0	0
	Casi siempre	0	0
	Muchas veces	0	0
	Algunas veces	2	0
	Sólo algunas veces	3	2
	Nunca	9	2
Se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle	Siempre	0	0
	Casi siempre	0	0
	Muchas veces	0	0
	Algunas veces	0	1
	Sólo algunas veces	3	0
	Nunca	11	3
Se sintió calmado y tranquilo	Siempre	6	2
	Casi siempre	2	1
	Muchas veces	2	0
	Algunas veces	3	1
	Sólo algunas veces	0	0
	Nunca	1	0
Tuvo mucha energía	Siempre	7	3
	Casi siempre	1	0
	Muchas veces	2	0
	Algunas veces	2	1
	Sólo algunas veces	1	0
	Nunca	1	0
Se sintió desanimado y triste	Siempre	4	0
	Casi siempre	0	0
	Muchas veces	0	0
	Algunas veces	1	1
	Sólo algunas veces	2	0
	Nunca	11	3
Se sintió agotado	Siempre	0	0
	Casi siempre	0	0

	Muchas veces	0	1
	Algunas veces	1	1
	Sólo algunas veces	5	0
	Nunca	8	2
Se sintió feliz	Siempre	6	1
	Casi siempre	4	1
	Muchas veces	2	1
	Algunas veces	2	0
	Sólo algunas veces	0	1
	Nunca	0	0

Tabla 19 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Posttest. Grupo A y B. Pregunta 9

(PRE)

Del grupo A, siete de los participantes dijeron no verse afectados por problemas emocionales en sus actividades sociales, cinco consideran que alguna vez estos problemas les afectaron y uno que algunas veces le afectan. Del grupo B a tres nunca se le han dificultado los problemas emocionales en sus actividades sociales, y solo uno se ve afectado de manera frecuente.

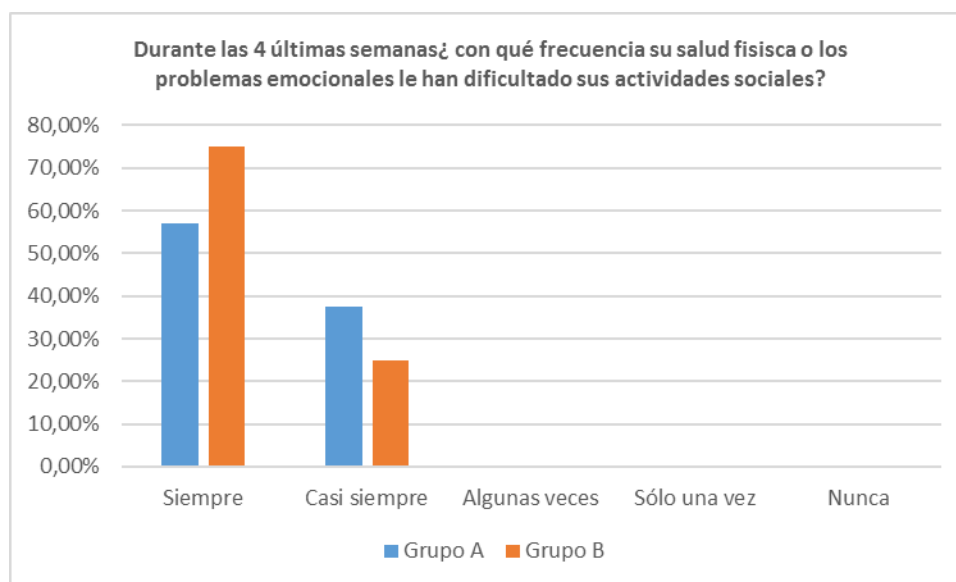


GRAFICA 28 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 10

(POST)

El 57,1% de los participantes del grupo A consideran que nunca su salud física y problemas emocionales dificultan sus actividades sociales, mientras que el 35,7% dijeron que casi siempre se ven dificultadas sus actividades sociales por su salud física o problemas emocionales. Mientras que en el grupo B se observan respuestas positivas, el 75% de los participantes del grupo control consideran que

sus actividades sociales no se ven afectados por problemas emocionales o su salud física y un 25% que algunas veces los problemas emocionales y salud física dificultan sus actividades sociales.



GRAFICA 29 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Posttest. Grupo A y B. Pregunta 10

(PRE)

Del grupo B solo una persona afirma que se enferma más fácil que los demás, el resto no lo identifica o reconoce. Tres dicen estar sanos como cualquiera y uno no sabe, ninguno cree que su salud va a empeorar y tres dicen que su salud es excelente, uno considera que esto es falso. Del grupo A diez participantes manifestaron que es falso que ellos se enferman más fácil que otros y solo dos dicen no saberlo. Ocho personas consideran que ellos están sanos como cualquier otra persona y cinco dicen que esto es falso. Nueve no esperan que su salud empeore y tres lo ponen en duda, solo uno afirma que si va a empeorar su salud. Nueve de los participantes consideran que su salud es excelente, tres no lo saben y uno dice que esto no es cierto.

		Grupo B	Grupo A
Creó que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	Totalmente cierta	0	0
	Cierta	1	0
	No sé	0	2
	Falsa	1	8
	Totalmente falsa	2	2
Estoy sano como cualquiera	Totalmente cierta	0	1
	Cierta	3	7

Creo que mi salud va a empeorar	No sé	1	0
	Falsa	0	5
	Totalmente falsa	0	0
	Totalmente cierta	0	0
	Cierta	0	2
	No sé	0	1
Mi salud es excelente	Falsa	2	5
	Totalmente falsa	2	4
	Totalmente cierta	1	3
	Cierta	2	6
	No sé	0	3
	Falsa	0	0
	Totalmente falsa	1	1

Tabla 20 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Pretest. Grupo A y B. Pregunta 11

(POST)

De los 14 participantes del grupo A, diez dijeron que es falso decir que ellos se enferman más fácilmente que otras personas, tres afirman que esto es totalmente falso y solo uno manifestó que era cierto. Nueve de los 14 participantes manifiestan que es cierto que ellos están sanos como cualquiera y cinco consideran no saber si esto es cierto o falso. 13 participantes manifestaron que es falso que su salud va a empeorar y uno no sabe sobre dicha afirmación. Finalmente, diez participantes consideran cierta que su salud es “excelente” y cuatro lo aseguran totalmente. Para el grupo B, se encontró que de los cuatro participantes pertenecientes al grupo control 2 dijeron que es totalmente falso afirmar que ellos se enferman más fácilmente que otras personas, uno dijo que esto era falso y solo un paciente considera que esto es cierto. Bajo la situación de si ellos consideran estar sanos como cualquiera, todos afirman que esto es cierto. Ninguno de los cuatro participantes considera que su salud va a empeorar y respecto a si la salud de los participantes del grupo control es excelente se encontró que de los cuatro, tres consideran que su salud es excelente menos uno de los participantes que dijo que esto es falso.

		Grupo A	Grupo B
Creó que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	Totalmente cierta	0	0
	Cierta	1	1
	No sé	0	0
	Falsa	10	1
	Totalmente falsa	3	2
Estoy sano como cualquiera	Totalmente cierta	2	0

	Cierta	7	3
	No sé	5	1
	Falsa	0	0
	Totalmente falsa	0	0
Creo que mi salud va a empeorar	Totalmente cierta	0	0
	Cierta	0	0
	No sé	1	0
	Falsa	8	2
	Totalmente falsa	5	2
Mi salud es excelente	Totalmente cierta	4	1
	Cierta	10	2
	No sé	0	0
	Falsa	0	0
	Totalmente falsa	0	1

Tabla 21 Cuestionario SF-36, sobre el estado de salud. Postest. Grupo A y B. Pregunta 11

8.1.5 Registro Individual por sujeto sobre percepciones asociadas al espacio de Danza Movimiento Terapia

Debido a que este instrumento es de orden cualitativo, se presenta a continuación algunos aspectos claves o específicos de acuerdo a los criterios seleccionados por el grupo investigador que no serán tenidos en cuenta en el análisis posterior de los resultados. A continuación se muestran algunas de las percepciones de los adultos finalizadas las sesiones de intervención.

INFORMACION GENERAL

PERCEPCION

Mujer, 69 años

“Para mi esta experiencia ha sido muy enriquecedora porque me ha proporcionado compañerismo, apoyo y salud.”

Hombre, 66 años

“En todas las actividades que participe me sentí muy bien, hubo momentos en que me confundí lo que me indicaban”

Mujer, 62 años

“Uno se desinhibe acá y es como un niño, después del ejercicio uno viene aquí y se siente más relajado, para mí es un medio de relajación para el cuerpo y la mente, aquí hay más compañerismo y más en contacto con las personas y uno cuenta unas experiencia que no las contaría usualmente”

Mujer, 60 años

“Cuando llegue estaba muy apagada y ahora

me siento muy alegre y activa, las profesoras son excelentes, los ejercicios nos activan, hay mucha unión de grupo, he mejorado en todos los aspectos, estoy más unida a los compañeros, más abierta para hablar, una experiencia muy bonita”
“Las terapias han sido muy buenas, me han servido mucho, no me causan daño, sino más movilidad para mi salud”

Mujer, 60 años

Tabla 22 Registro individual por sujeto sobre percepciones asociadas al espacio de Danza Movimiento Terapia

8.2 ANALISIS DE LA INFORMACION

8.2.1 Eje temático de volición

En cuanto al subsistema volitivo hay un impacto sobre las implicaciones del desempeño ocupacional en los adultos mayores tras la influencia de danza movimiento terapia, se obtuvo un aporte positivo en cuanto a los valores, al momento de que los participantes se dan cuenta del cambio de su conducta para mejorar su desempeño. Como se evidencia en lo siguiente, descrito por uno de los participantes:

“Uno se desinhibe acá y es como un niño. Después del ejercicio uno viene aquí y se siente más relajado para mí es un medio de relajación para el cuerpo y la mente, aquí hay más compañerismo y más en contacto con las personas y uno cuenta experiencias que no las contaría usualmente.”

Igualmente cabe resaltar que una de las evidencias sobre cómo influyó la volición se vio reflejada en la asistencia y adherencia del grupo de los adultos mayores a cada una de las sesiones del programa basado en los principios de la danza movimiento terapia, dando como resultado que los 14 participantes que conformaron el grupo experimental asistieran al 70% de las sesiones. Conforme experimentaban e interactuaban en las sesiones iniciales se manifestó el interés de estos en seguir siendo partícipes de las intervenciones. Por ende se logra identificar como la volición fue un recurso que los participantes utilizaron para poderse mantener en la actividad y desarrollar interacciones acordes a las demandas de los diferentes contextos.

La volición esta en cada pensamiento y sentimiento que proyectamos hacia eso que creemos importante, por lo tanto los adultos mayores demostraron en las sesiones del programa basado en los principios de danza movimiento terapia, la funcionalidad del ciclo de la volición, como la capacidad de anticipar, elegir, experimentar e interpretar. Kielhofner (2004). Para que los participantes manifestaran esta teoría se tuvo actividades como al iniciar la sesión se les pedía que expresaran como se siente antes de iniciar, las palabras eran sinónimas y

copia de lo que decía los demás. “Bien, muy bien, estupenda, excelente” [...] Cuando se terminó la sesión les pedimos nuevamente que nos comentaran a través de una palabra su sentir actual, las palabras que predominaron fueron: “renovada, relajado, nuevo, descansado” [...]

En la TABLA 9. Registro actividad del NIH (NIH RECORD/ACTRE). Pres test. Grupo A (Grupo experimental) Pregunta 3. Se puede apreciar que los adultos mayores en cada una de las actividades que realizan en su diario vivir reconocen que las realizan bien y que son significativas, lo que traduce que son actividades realizadas de acuerdo a sus habilidades, o a lo que son capaces de hacer. Esto demuestra como las personas son más comprometidas a las actividades que pueden realizar y son propensas a llegar a dejar las que no pueden. Por esta razón se desarrolló las sesiones creando un contexto físico agradable, se contó con un espacio abierto para las sesiones, que facilitaba que los participantes se pudieran mover por todo este y música de fondo, cabe aclarar que para cada una de las sesiones se tuvo una lista de reproducción de temas enfocados a cada actividad, que iban desde ritmos suaves e instrumentales a ritmos fuertes donde se requerían más movimientos. Una de las sesiones donde se observó lo importante que era el papel de la música fue en lo siguiente:

Durante la sesión se les pidió que cerraran los ojos y confiaran en sus compañeros para ser guiados por el espacio, quienes eran guiados se mostraban muy temerosos y tensos, se cambió la música por una más tranquila, después de unos segundos la tensión iba disminuyendo. Luego intercambiarían roles [...] Al finalizar la sesión varios comentaron su experiencia, durante el cierre evidenciamos que los participantes estaban muy abiertos y dispuestos al dialogo. [...]

La ocupación se encuentra siempre en el ambiente, es influenciada por el ambiente y toma significado a través de su contexto físico y sociocultural Kielhofner (2004). El ambiente será un facilitador, ayudando al ser humano a potenciar las habilidades y descubrir otras que quizás no sabían que tenían. En la medida que la persona experimenta e interpreta el significado de las actividades se van volviendo más gratificantes y exitosas.

Como tenemos el ejemplo de uno de los participantes que nos refiere lo siguiente:

“[...] Cuando llegue estaba muy apagada y ahora me siento muy alegre y activa. Las profesoras son excelentes, los ejercicios nos activan, hay mucha unión de grupo. He mejorado en todos los aspectos y estoy más unida a los compañeros más abierta para hablar, es una experiencia muy bonita”

Al iniciar las sesiones de danza movimiento terapia se observó mucho esta afirmación ya que los adultos mayores no estaban seguros de lo que podían lograr hacer, y se notó como el nivel de motivación para realizar cada una de las sesiones fue aumentando debido a la experiencia que tenían y de igual forma por

realizar las actividades en conjunto con su compañeros, el grupo se convierte en un facilitador de acciones que cohesionan y favorecen la consecución de los planteamientos propuestos inicialmente.

Uno de los objetivos que se debe priorizar en un grupo de adultos mayores para que la experiencia pueda ser más placentera es la de facilitar la expresión de sus propias experiencias y así crear un vínculo de confianza entre los miembros. Como lo decía nuestro participante anterior se siente mejor cuando podía compartir y expresar sus sentimientos. Socializar experiencias y expresar sentimientos se constituye en formas de acercarse a otros y posibilitar interacciones a partir de percepciones individuales que a futuro constituyen la fuerza colectiva. La importancia de que el adulto mayor asuma un rol en un grupo, es porque es una forma de que se integre y se conecte con sus pares y compartir sus experiencias, y en conjunto poder potenciar sus habilidades y de igual forma su calidad de vida.

El aspecto más importante también fue la causalidad personal como es evidente en las herramientas NIH y SF-36 que evidencia lo siguiente: En la pregunta 4 del registro de actividad NIH en cuanto al cambio que se produce después de las sesiones de danza movimiento en la capacidad que tiene el adulto mayor para realizar actividades que antes le producían dificultad ahora las pueden realizar, enfatizando en las categorías de recreación y deporte.

De igual manera en el cuestionario SF-36 sobre el estado de salud, en la pregunta 3 hay un impacto significativo sobre las actividades habituales de los adultos mayores, como: caminar, bañarse o vestirse por sí mismo, agacharse o arrodillarse y subir escaleras. Debido a que en la fase pre-test los participantes enfatizaban que presentaban una limitación al realizarlas por la presencia de dolor o fatiga, y en la fase pos-test se obtuvo que una cantidad significativa de participantes ya no presentaban restricción al momento de desempeñar dichas actividades.

Una vez la persona **experimente** que en una actividad puede llegar a ser competente, este podrá **anticipar** esa actividad con sentimientos y pensamientos efectivos para poder realizarla nuevamente. La volición por lo tanto está dada a cambios a través de la vida. A medida que se envejece se encuentran actividades que demandaran más acciones, sin embargo eso no es motivo para dejar de hacerlas, se podrán encontrar actividades más placenteras, intereses que hemos perdido y que se podrían retomar.

Este subsistema influye en el desempeño ocupacional a medida que va transformando por medio de la experiencia cada una de las etapas del ciclo vital. Como plantea kielhofner, (2004) las personas están dispuestas a emprender aquello para lo que se sienten capaces y evadir aquello que las amenaza. Al principio de las sesiones de danza movimiento terapia se observó mucho esta afirmación ya que los adultos mayores no estaban seguros de lo que podían lograr, y se notó como el nivel de motivación para realizar cada una de las

sesiones fue aumentando debido a la experiencia que tenían y de igual forma por realizar las actividades en conjunto con su compañeros. Esto da como consecuencia que la persona aumente su nivel de energía y estado de ánimo para realizar las actividades.

8.2.2 Eje temático de cuerpo vivido y capacidad de desempeño

Por medio de este eje temático se pudo establecer que a través de lo vivenciado en las sesiones del *programa basado en los principios de la danza movimiento terapia* los participantes transformaron experiencias relacionadas con el desempeño, con el cuerpo, con los intercambios sociales y con la enfermedad o presencia de fatiga. Generando así el desarrollo de estrategias significativas en la capacidad de desempeño subjetiva y realizando cambios en sus percepciones que les permitan existir en forma efectiva por medio de la reconciliación con sus experiencias. Esto se evidencia a través de los resultados del registro actividad del NIH donde algunos participantes que en la fase pre-test habían manifestado sentir dolor en la realización de actividades de autocuidado y actividades domésticas en la fase pos-test disminuyó significativamente la presencia de dolor en la ejecución de estas. Igualmente acorde a los resultados obtenidos en el cuestionario SF-36, sobre el estado de salud se demostró que una vez finalizada la intervención aumentó el número de participantes que consideraba que su salud era excelente y muy buena. A través de estas experiencias subjetivas se puede comprender mejor la capacidad de desempeño, debido a que ambas son interdependientes por ende para que haya una transformación en la capacidad de desempeño necesariamente se debe dar una transformación en la experiencia (kielhofner, 2004).

Respecto a la experiencia corporal y del desempeño en el desarrollo de las sesiones se pudo evidenciar como en un inicio los participantes realizaban movimientos principalmente en el plano horizontal primario, se observaba que se sentían muy cohibidos para realizar nuevos movimientos que involucraran más partes de sus cuerpos que no solo fueran sus brazos y al momento de desplazarse por el espacio se les dificultaba recorrerlo todo, pero con el paso de las sesiones fueron desarrollando mayor libertad para moverse en distintos planos y crear diferentes movimientos, así mismo quienes se movían con más rigidez fueron dirigidos por sus demás compañeros y terminaron moviéndose de forma armónica. Esto logra relacionarse con la eficacia en el desempeño y la seguridad que se crea en el grupo tras las sesiones realizadas dado que en la fase pos-test en relación al registro actividad del NIH los participantes dieron a conocer que tenían un buen desempeño en las actividades de autocuidado, domésticas y de deporte, así como que el realizarlas no les generaba dificultad alguna. Esto también logra evidenciarse en lo expresado por las siguientes participantes:

“[...] Las terapias han sido muy buenas, me han servido mucho no me causan daño, sino más movilidad para mi salud.”

“[...] Uno se desinhibe acá y es como un niño después del ejercicio uno viene aquí y se siente más relajado para mí es un medio de relajación para el cuerpo y la mente”

Todas estas nuevas experiencias corporales adquiridas a través de las sesiones posibilita que los participantes descubran diferentes formas de conocer y experimentar el mundo que los rodea y desplieguen a través de sus cuerpos y mentes las diferentes gamas de movimientos que les permitan experimentar la sensación del movimiento correcto y puedan aprehenderlo para posteriormente interiorizarlo, lo cual influirá en una mayor conciencia de su cuerpo como vehículo de conocimiento personal y proyección hacia lo social.

A partir de las experiencias dadas en el espacio grupal, además de los objetivos propuestos, la Danza Movimiento Terapia permitió incrementar la autoestima y proveer intercambios sociales. Dimensionado en lo expresado por los participantes al finalizar las intervenciones donde resaltaron el aporte de estas en el incremento de confianza hacia sí mismos y hacia los demás, lo cual contribuyó a que lograran resolver y afrontar temores que se daban en las diferentes sesiones. Las actividades de movimiento acompañadas de música buscaban estimular la creatividad, la espontaneidad y la conciencia corporal en un espacio social. Un participante se expresó sobre esto, de la siguiente manera:

“[...] He sido tímido mucho tiempo, claro que ahora no soy tan tímido, pero en mi niñez y en mi juventud fui muy tímido, estar aquí me permitió dejar un poco la timidez”.

Así mismo durante las intervenciones se pudo observar como en un inicio los participantes estaban algo temerosos al contacto físico con sus compañeros, sin embargo por medio del *registro individual por sujeto sobre percepciones asociadas al espacio de danza movimiento terapia* se evidencio que los participantes indicaron que al trabajar con el cuerpo les permitió sentirse más conectados a su propio cuerpo y poder expresar con mayor fluidez los sentimientos asociados a dicha experiencia. Esta relación con el otro tiene implicaciones en la experiencia sensorial del cuerpo, debido a que las sensaciones y vivencias internas están siempre relacionadas con el ambiente y con el otro. Igualmente los participantes manifestaban constantemente como el contexto en el cual se realizaban las sesiones significaba para ellos un espacio de confianza y seguridad. En relación a esto una participante manifiesta lo siguiente:

“[...] Conforme iba aumentando la sesión estaba más confiada, pude confiar en mi compañero”

También por medio de la acción rítmica grupal se facilitó la expresión de sentimientos de los participantes a través de acciones corporales y verbales. Es así como dentro de las sesiones se formó una estructura continente sobre la cual los participantes expresaban confiadamente sus ideas y sentimientos. Como lo mencionan las siguientes participantes:

“[...] aquí hay más compañerismo y más contacto con las personas y uno cuenta unas experiencias que no las contaría usualmente”

“[...] He mejorado en todos los aspectos estoy más unida a los compañeros, más abierta para hablar, una experiencia muy bonita”

Además se logró observar que en el desarrollo de las sesiones se promovía un ambiente en el cual el grupo lograba relajarse y sentirse cómodo, todo esto promovió que los participantes pudieran cambiar su estado de cansancio o depresión por uno de alivio y alegría. Como lo dice continuación una participante:

“[...] Cuando llegue estaba muy apagada y ahora me siento muy alegre y activa las profesoras son excelentes los ejercicios nos activan, hay mucha unión de grupo”

Así mismo por medio del formato de registro individual por sujeto se evidencio que los participantes pudieron ganar mayor conciencia sobre como el cuerpo se encuentra constantemente en un contexto interpersonal con otros y como esa relación influencia el propio cuerpo. Reconociendo a los otros como semejantes y empezando a establecer procesos de comunicación y comprensión intencionales, valorando así el mutuo mirar de perspectivas y experiencias.

En lo relacionado a la experiencia de enfermedad se observó que algunos participantes en la fase del pre-test manifestaban una sensación de inconformidad con la experiencia de sus cuerpos la cual cambio en la fase pos-test donde acorde al registro actividad del NIH los participantes manifestaron no sentir ningún dolor al realizar actividades de Autocuidado y domésticas, también a través de los resultados arrojados por el Cuestionario SF-36 se logra evidenciar que una cantidad significativa de los participantes dejaron de sentir limitaciones al momento de realizar esfuerzos moderados. Igualmente los participantes declararon que a través del desarrollo de las sesiones pudieron encontrar comodidad en sus cuerpos, permitiéndoles poder re significar esa relación que tenían con su enfermedad o sensación de fatiga, generando así una disminución de esas sensaciones constantes de dolor o cansancio que les generaban percepciones de restricción o incapacidad en la ejecución de diferentes actividades. Como lo expresa la siguiente participante:

“[...] Yo casi nunca puedo permanecer de pie completamente derecha por mi dolor de rodilla, lo que me hace sentir como si me fuera a caer, pero cuando hoy cerré los ojos me sentía firme y segura”

“En las actividades de deporte que realizamos salimos muy cansados pero una vez que estamos en este espacio uno se siente más calmado y relajado, es como si el cuerpo descansara”

Es así como desde el trabajo de movimiento consiente se puede comprender el mundo siendo más reflexivos de la vivencia del cuerpo en medio de la acción, permitiéndoles a los participantes la realización de cambios en la capacidad del desempeño a través de la organización y resignificación de las experiencias vividas a través de sus cuerpos que les posibilite llevar a cabo un desempeño más satisfactorio para consigo mismos y para el cumplimiento de las demandas impuestas por el contexto y las inherentes a su ocupación. Este es un punto importante a tener en cuenta debido a que a veces la presencia de fatiga o dolor hace que las personas se centren en esta sensación lo cual podrá causar una limitación en su capacidad de sentir el movimiento y la experiencia correcta, por ende se limitara su desempeño. Igualmente es relevante reconocer el significado que le otorgan los participantes a la sensación de dolor y fatiga debido a que para cada persona esto se podrá manifestar de una forma diferente y desencadenara diversas reacciones, afectando sus relaciones, estado de ánimo, calidad de vida, entre otras. Frente a lo cual a través de esa conexión entre cuerpo y mente que se desarrolla a través de los principios de danza movimiento terapia se brinda a cada participante la oportunidad de desarrollar la capacidad para aprender y adaptarse de una manera satisfactoria a esas nuevas circunstancias.

A través de lo recopilado en estas diferentes experiencias se muestra como tras la intervención los participantes transformaron satisfactoriamente las percepciones sobre su cuerpo, la relación con otros y la manifestación de sus ideas y sentimientos a través de acciones verbales y corporales, todo esto permitiéndoles ser más conscientes de todas las partes del cuerpo como un todo unificado.

8.2.3 Eje temático de fatiga y desempeño ocupacional

A través de la escala de fatiga FACIT, se encontró que luego de la terapia había más participantes con cero agotamientos y ningún participante con muchísimo agotamiento. Esto se contrasta con las verbalizaciones que compartían los participantes durante las sesiones, en las cuales referían que el espacio de relajación les permitía irse a sus hogares más tranquilos y descansados que después de realizar ejercicios físicos habituales. En contraste a los resultados del FACIT, en el instrumento SF-36 se evidencia mejorías en la pregunta “Se sintió

calmado y tranquilo”, una de los comentarios declarativos de un participante da cuenta de estas ganancias a partir del espacio:

Después de realizar una sesión intensa de ejercicio los participantes ingresan al espacio de danza movimiento terapia, uno de los participantes refiere al finalizar la sesión: “Descansa uno del otro ejercicio, nos movemos pero luego en el espacio de relajación uno se va renovado para su casa y sin tanto cansancio”

Antes de ser aplicada la intervención en danza movimiento terapia las personas sentían debilidad en su cuerpo, aspecto que es usual con el desgaste y deterioro gradual del envejecimiento, luego de ser aplicadas las sesiones esta debilidad disminuyó, 6 personas a inicio del estudio no refirieron nada de debilidad y este grupo aumento a 11 después de finalizar las sesiones. Los adultos mayores en su mayoría refieren realizar actividades deportivas, sin embargo, en el pretest se evidencio dificultades y frustración para realizar las actividades que solían hacer, es importante referir que el ejercicio es un importante vehículo para promover un envejecimiento activo en la población, el ejercicio por si solo promueve el tono muscular, el equilibrio, la coordinación y la orientación espacial. A través del programa de DMT, además de estos objetivos, se incrementó la autonomía y la interacción social, integrando así, aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales.

Al finalizar las sesiones se promueve que los participantes verbalicen la forma en la que se sienten al retirarse del espacio, algunos de los calificativos que usaban los participantes para este propósito era: “Renovado, relajado, nuevo, descansado, estupendo, maravilloso”

En el post-test se encontró que ninguna persona se sentía decaída, es decir que las dos personas que se sentían algo decaídas lograron mejoría. La fatiga revela en los adultos mayores sanos síntomas motores y no motores, entre los últimos están la disminución en las relaciones sociales y sentimientos de tristeza, agotamiento y frustración por no poder realizar sus actividades cotidianas; durante el espacio de danza movimiento terapia no solo se promueve el movimiento que les permite reactivarse y tener más energía sino que promueve espacios de ocio y tiempo libre donde se priman las relaciones sociales, mejorando el estado de animo de quienes participan de las sesiones.

Al indagar a una de las participantes en la última sesión de danza movimiento terapia da cuenta de una mejoría en los síntomas no motores que revela la fatiga: “Cuando llegue estaba muy apagada y ahora me siento muy alegre y activa [...], los ejercicios nos activan, hay mucha unión de grupo [...]” A partir de esta declaración se evidencia mejoría en el estado de ánimo ligado a los vínculos sociales que se entrelazan durante las sesiones”

La fatiga disminuyó significativamente, principalmente en el caso donde las personas tenía dificultad para terminar sus actividades, este último aspecto revela

no solo mejoría en aspectos de orden motor sino aspectos volitivos que le permiten comenzar y finalizar las tareas, aspecto importante en la independencia y autonomía de los adultos mayores. No finalizar las actividades puede incidir en el sentimiento de autoeficacia y frustración. En contraste con la escala de fatiga, el instrumento SF-36 también revela mayor significancia en las actividades que realizan, la mitad de ellos logro hacer más de lo que quieren realizar y la otra mitad dijo que no había tenido que dejar de hacer sus tareas en su trabajo o en sus actividades en la aplicación del postest.

9. CONCLUSIONES

- A través del estudio se pudo establecer la influencia de un programa basado en los principios de danza movimiento terapia sobre la fatiga de un grupo de adultos mayores, y como este impacto en la ejecución de sus actividades cotidianas y en la percepción de su cuerpo. Evidenciándose en las transformaciones de experiencias y sensaciones que manifestaron los participantes a partir de su experiencia durante el desarrollo de las sesiones.
- A través de la investigación se realiza una caracterización de los participantes en función de aspectos sociodemográficos, estructuración de hábitos o rutinas y su percepción sobre la realización de estas, además se describen las transformaciones respecto al sistema volitivo y de cuerpo vivido.
- El estudio permitió establecer las relaciones existentes entre fatiga, movimiento, emocionalidad y desempeño ocupacional; describió la mejoría en la percepción de fatiga tanto en el aspecto físico mejorando su percepción en su capacidad de desempeño como el aspecto emocional donde se mejoró su sentimiento de autoeficacia y se disminuyeron sentimientos negativos asociados, como la frustración.
- El estudio permitió que los participantes transformaran sus percepciones respecto a su experiencias corporales, logrando seguridad en sus movimientos y superación de temores para la interacciones sociales. Todo esto, contribuyo de forma significativa a mejorar su desempeño ocupacional, permitiéndoles sentirse más a gusto en las actividades que realizan cotidianamente y mejorando la funcionalidad y participación en las mismas.
- Los participantes se enfocaron en la satisfacción que les produce realizar las actividades, más que en su ejecución, lo cual permitió que comenzaran y finalizaran sus tareas con éxito y que refieran mayor agrado y satisfacción con ellas. Cuando las personas se sentían satisfechas y motivadas con las actividades que llevaban a cabo, mejoró la percepción de su ejecución, lo anterior da cuenta de la importancia del sistema volitivo en la ejecución y sentido de capacidad personal de los sujetos; el encontrar las actividades placenteras es un componente central de la adaptación en la vida ocupacional. A partir de las intervenciones se incrementó el nivel de energía aportado por el grupo, debido a que aumento el sentimiento del logro.
- De los logros más importantes resaltados por los participantes de este estudio es la ganancia en interacciones sociales, donde se propició un espacio de seguridad, cohesión y confianza para expresar sentimientos. En

el grupo de adultos mayores existían vínculos previos entre los participantes, al interactuar en diferentes actividades que les proveía el espacio de atención integral al adulto mayor a nivel institucional, sin embargo, las actividades a pesar de ser grupales no promovían el trabajo en equipo y la interacción social más allá de la coexistencia de los demás participantes en el espacio.

- A través del programa de danza movimiento terapia los participantes se reconocieron a través de la experiencia del otro y la suya propia; las intervenciones permitieron establecer un ambiente estable y familiar, indispensable para desarrollar interacciones duraderas y con sentido. Uno de los objetivos del espacio de danza movimiento terapia fue facilitar la expresión común de las propias experiencias y así favorecer vínculos entre los miembros.

10.LIMITACIONES

- Incremento del rubro de papelería, en este caso se utilizó más recurso de lo presupuestado.
- El acceso a recursos tecnológicos que facilitaran el desarrollo de las sesiones, no se contaba con conexiones acordes a las particularidades de los equipos o los espacios carecían de enchufes o toma corrientes con el voltaje necesario para su funcionamiento efectivo.
- Establecer consenso para ubicar horarios acorde a los tiempos disponibles por los participantes para el desarrollo de las sesiones.
- El aplazar sesiones, debido a que coincidieron con actividades o festividades de orden social o cultural.

11.RECOMENDACIONES

- Es importante enfocar los servicios de atención integral al adulto mayor, debido a que es una población en constante crecimiento que requiere intervenciones significativas con este grupo poblacional que favorezcan su estado de salud y por ende mejoren su calidad de vida.
- Se recomienda al momento de aplicar los instrumentos realizar un mayor acompañamiento, que permita ahondar en todas las variables e interrogantes a las que se desea dar respuesta, para que de esta forma se logren arrojar resultados que sean fidedignos y acordes a la investigación.
- Al realizar el análisis es necesario tener en cuenta los resultados arrojados por el análisis estadístico así como lo manifestado por los participantes durante todo el proceso, debido a que conforme transcurrían las sesiones del programa basado en los principios danza movimiento terapia se pudo evidenciar como la cohesión del grupo mejoro y como los participantes expresan su experiencias con mayor fluidez y confianza. Por lo tanto dichos aportes son de gran utilidad y valor al momento de describir los resultados del estudio.
- Dar continuidad a investigaciones que contemplen los principios de Danza Movimiento Terapia, ya que abarca una amplia gama de conocimiento sobre el ser humano a través del movimiento, integrando aquello que piensan, sienten, perciben e interpretan al experimentar su corporalidad.
- La Universidad del Valle en el marco de la sección de bienestar social y promoción socioeconómica promueven el bienestar físico, social y emocional de la comunidad universitaria, bajo el programa de atención integral al jubilado se ha promovido esta filosofía a través de la implementación de diversos programas destinados a los adultos mayores, la presente investigación se enmarco en los objetivos de dicho programa para brindar una intervención holística a los adultos mayores. Por tanto, es importante continuar realizando investigaciones en el marco de los programas de atención integral que brinda la universidad y aportar desde las diferentes disciplinas al bienestar de la comunidad universitaria.
- Realizar estudios similares a futuro que puedan ampliar la muestra poblacional del grupo control, de manera que el margen de reconocimiento de las intervenciones bajo los principios de la danza movimiento terapia sea mayor.

- Se recomienda la danza movimiento terapia como estrategia de intervención desde terapia ocupacional; la fatiga es solo un ejemplo de las múltiples posibilidades que podría tener un enfoque de trabajo integral sobre la persona. Futuras Investigaciones que pretendan analizar el impacto de la danza movimiento terapia sobre el desempeño ocupacional de personas pueden ayudar a consolidar esta técnica de intervención y generar evidencia del impacto en su desempeño.

12. APORTES Y CONTRIBUCIONES

- Realizar una investigación a partir de una técnica novedosa como la Danza Movimiento Terapia orientada bajo el marco teórico de Terapia Ocupacional posibilita ahondar en el impacto en el desempeño ocupacional de la población y de igual forma en otras áreas del conocimiento que pueden ser utilizadas en las intervenciones disciplinares y se vean reflejadas finalmente en los objetivos propuestos a nivel integral e interdisciplinar.
- La investigación permite proyectar nuevos trabajos investigativos en el área, que consoliden la importancia de utilizar técnicas que validen a la persona como ser holístico y que compartan principios teóricos con la profesión.
- El envejecimiento activo como política pública genera que las instituciones que trabajen con población adulta mayor, reconozcan este tipo de intervenciones como generadoras del fortalecimiento de aspectos físicos, emocionales y sociales de los participantes.
- A nivel de contribución social este tipo de intervenciones favorece la calidad de las interacciones grupales y la cohesión de grupo, mejorando en conjunto las habilidades físicas, sociales y de participación en actividades significativas que se dimensionan finalmente en el rol que el adulto mayor asume a nivel familiar y comunitario.
- En este caso el contexto de una institución universitaria resulta ser un facilitador para el desarrollo de proyectos de esta índole, generando igualmente mayor sentido de pertenencia de los participantes a los programas ya establecidos y proyectar necesidades del grupo dentro de la comunidad.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arango V, Ruiz I. Diagnóstico de los adultos mayores de Colombia. Documento de investigación de la Fundación Saldarriaga Concha Bogotá. 2006.
2. OMS. OMS | «Envejecer bien», una prioridad mundial: World Health Organization; 2014 [updated 2014-11-10 15:01:53. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>.
3. De Colombia CP. Constitución política de Colombia. Bogotá, Colombia: Leyer. 1991.
4. Gerontología SEdGy. Tratado de geriatría para residentes: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2007.
5. Clark F, Jackson J, Carlson M, Chou C-P, Cherry BJ, Jordan-Marsh M, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: Results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2012;66(9):782-90.
6. Lee SK, Il Cha C, Jung TS, Park DC, Yeo SG. Age-related differences in parameters of vestibular evoked myogenic potentials. *Acta oto-laryngologica*. 2008;128(1):66-72.
7. Buchowski MS, Simmons SF, Whitaker LE, Powers J, Beuscher L, Choi L, et al. Fatigability as a function of physical activity energy expenditure in older adults. *Age*. 2013;35(1):179-87.
8. Reeves WC, Jones JF, Maloney E, Heim C, Hoaglin DC, Boneva RS, et al. Prevalence of chronic fatigue syndrome in metropolitan, urban, and rural Georgia. *Popul Health Metr*. 2007;5(5):1-10.
9. Rekeneire N, Leo-Summers L, Han L, Gill TM. Epidemiology of restricting fatigue in older adults: The Precipitating Events Project. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014;62(3):476-81.
10. Lin F, Chen D-G, Vance DE, Ball KK, Mapstone M. Longitudinal relationships between subjective fatigue, cognitive function, and everyday functioning in old age. *International Psychogeriatrics*. 2013;25(02):275-85.
11. Egerton T. Self-reported aging-related fatigue: A concept description and its relevance to physical therapist practice. *Physical therapy*. 2013;93(10):1403-13.
12. Lin W-Q, Jing M-J, Tang J, Wang J-J, Zhang H-S, Yuan L-X, et al. Factors Associated with Fatigue among Men Aged 45 and Older: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*. 2015;12(9):10897-909.
13. Sánchez AIC, Alaya JA, Gerontología SEdGy. Terapia ocupacional en geriatría y gerontología: bases conceptuales y aplicaciones prácticas: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2010.
14. Transmisibles GOdEN, Mental S. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37(S2):74-105.
15. Soares WJ, Lima CA, Bilton TL, Ferrioli E, Dias RC, Perracini MR. Association among measures of mobility-related disability and self-perceived fatigue among older people: a population-based study. *Brazilian journal of physical therapy*. 2015;19(3):194-200.

16. Merom D, Cumming R, Mathieu E, Anstey KJ, Rissel C, Simpson JM, et al. Can social dancing prevent falls in older adults? a protocol of the Dance, Aging, Cognition, Economics (DANCE) fall prevention randomised controlled trial. BMC public health. 2013;13(1):477.
17. Goodill S. An introduction to medical dance/movement therapy: Health care in motion: Jessica Kingsley Publishers; 2005.
18. Rodríguez Daza KD. Vejez y envejecimiento. Borradores de Investigación: Serie documentos escuela de medicina y ciencias de la salud, ISSN 2145-4744, No 12 (Enero de 2011). 2011.
19. Association TADT. About Dance/Movement Therapy [
20. Wengrower H, Chaiklin S. La vida es danza: El arte y la ciencia de la danza en movimiento: Editorial Gedisa; 2008.
21. Hanna JL. Dance and stress: Resistance, reduction, and euphoria: Ams Pr Inc; 1988.
22. Kielhofner G. Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana: teoría y aplicación: Ed. Médica Panamericana; 2004.
23. Unidas FdPdN, (UNFPA). Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío. 2012.
24. Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT, Blair S, Bonds DE, Church TS, et al. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. Jama. 2014;311(23):2387-96.
25. Schepens SL, Kratz AL, Murphy SL. Fatigability in osteoarthritis: effects of an activity bout on subsequent symptoms and activity. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 2012:gls076.
26. Guzmán-García A, Hughes J, James I, Rochester L. Dancing as a psychosocial intervention in care homes: a systematic review of the literature. International journal of geriatric psychiatry. 2013;28(9):914-24.
27. Trujillo Rojas A, Sanabria Camacho L, Carrizosa Ferrer L, Parra Esquivel E, Rubio Viscaya S, Uribe Sarmiento J, et al. Ocupación: sentido, realización y libertad. Dialogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente. Ocupacion: sentido, realización y libertad.1-160.
28. Occupational Therapy and Older Adults 2012 [Available from: <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1454>.
29. Trendall J. Concept analysis: chronic fatigue. Journal of advanced nursing. 2000;32(5):1126-31.
30. Gonzales R NPL. Common Symptoms. In Papadakis M.A., McPhee S.J., Rabow M.W. (Eds), *Current Medical Diagnosis & Treatment* 2014.
31. Melero, J., Buz, J. «Modificación de los estereotipos sobre los mayores: análisis del cambio de actitudes». IMSERSO. EstudiosI+D+I, n.º 9. 2002 (Publicado en 2005)
32. Barquero, V. R. (2011). Terapias artísticas: una alternativa para la persona adulta mayor en Costa Rica. Anales en Gerontología, 85-98.
- 33 La vida es Danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia. Hilda Wengrower y Sharon Chaiklin (coord.) Barcelona: Gedisa, 2008, p.33
- 34 Buriticá Gómez, N. (2015). Fortalecimiento de las relaciones interpersonales a partir de un programa de recreación dirigida en el marco de la organización de un evento festivo en la celebración de los veinte años del programa de atención

integral al pensionado y jubilado de la Universidad del Valle" Amigos Solares"[recurso electrónico] (Doctoral dissertation).

35. Jácome P, Yicela Y, Satizábal Flórez M, Vallejo Kueconamuy Z, Vásquez Mosquera MF. Impacto de un programa de danza movimiento terapia sobre el subsistema volitivo y capacidad de desempeño en personas con esquizofrenia en condiciones de inimputabilidad [recurso electrónico] 2015.

36. Cella D, Lai Js, Chang CH, Peterman A, Slavin M. Fatigue in cancer patients compared with fatigue in the general United States population. *Cancer*. 2002;94(2):528-38.

37. Tennant KF. Assessment of Fatigue in Older Adults: the FACIT Fatigue Scale (version 4). *Psychosomatic Medicine*.65:771-7.

38. Dapuerto JJ, del Carmen Abreu M, Francolino C, Levin R. Psychometric Assessment of the MSAS-SF and the FACIT-Fatigue Scale in Spanish-Speaking Patients With Cancer in Uruguay. *Journal of pain and symptom management*. 2014;47(5):936-45.

39. Ornelas Mejorada RE. Efectos de una intervención cognitivo-conductual en mujeres con cáncer de mama en radioterapia. 2013.

40. Cella D, Yount S, Sorensen M, Chartash E, Sengupta N, Grober J. Validation of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue Scale relative to other instrumentation in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*. 2005;32(5):811-9.

41. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*. 2005;19(2):135-50.

14. ANEXOS

ANEXO 1. REJILLA DE IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN

 Universidad del Valle
ESTUDIO: Influencia de un programa basado en los principios de la danza movimiento terapia sobre la fatiga y su implicación en el desempeño ocupacional de un grupo de adultos mayores

CÓDIGO ASIGNADO

EDAD	SEXO	FECHA 1ª ENTREVISTA	APTO	
	F. M.	D. M. A.	NO APTO	

OCUPACIÓN		NIVEL ESTUDIOS	
------------------	--	-----------------------	--

ESTADO CIVIL	Ca.	Di.	Se.	Vi.	So.	HIJOS	SI	NO	Nº
---------------------	-----	-----	-----	-----	-----	--------------	----	----	----

PERSONAS CON QUIEN VIVE:									
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIRECCIÓN					TEL.	
------------------	--	--	--	--	-------------	--

PERSONA CONTACTO					TEL.	
-------------------------	--	--	--	--	-------------	--

Confirmo que la información aquí contenida es verídica.

FIRMA

Autorizo ver Historia Clínica y hablar con mi médico para obtener datos clínicos.

FIRMA

¿PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS?	SI	NO
Alzheimer,		
Parkinson		
Esclerosis múltiple		

Accidentes cerebrovasculares o traumas craneoencefálicos

Enfermedades cardiopulmonares (desordenes crónicos obstructivos, angina de pecho)

Enfermedades ortopédicas (osteoartritis, artritis reumatoide, dolor y fatiga crónicos)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	SI	NO	RESPUESTA	(+)	(-)	ADHERENCIA	(+)	(-)
---------------------------	----	----	-----------	-----	-----	------------	-----	-----

MEDICAMENTOS	
--------------	--

TRATAMIENTO REHABILITADOR	SI	NO	ADHERENCIA	(+)	(-)
---------------------------	----	----	------------	-----	-----

FISIOTERAPIA	SI	NO	FECHA INICIO	D.	M.	A.	REGULARIDAD	
T. OCUPACIONAL	SI	NO	FECHA INICIO	D.	M.	A.	REGULARIDAD	
PSICOLOGÍA	SI	NO	FECHA INICIO	D.	M.	A.	REGULARIDAD	
TRAB. SOCIAL	SI	NO	FECHA INICIO	D.	M.	A.	REGULARIDAD	
OTROS								
			FECHA INICIO	D.	M.	A.	REGULARIDAD	
			FECHA INICIO	D.	M.	A.	REGULARIDAD	

OBSERVACIONES

INSTRUMENTOS APLICADOS - RESULTADOS Y OBSERVACIONES			
PRETEST		POSTEST	
NIH		NIH	

SF36		SF36	
Escala FACIT de fatiga (Versión 4)		Escala FACIT de fatiga (Versión 4)	

OBSERVACIONES

ANEXO 2.
Registro de Actividad del NIH (NIH ACTIVITY RECORD/ACTRE)

CONFIGURACIÓN DE ACTIVIDAD (NIH ACTIVITY RECORD/ACTRE)

Nombre:				Edad:		Día/fecha:				I.D.#	
Día:		Tarde		1° Pregunta	2° Pregunta	3° Pregunta	4° Pregunta	5° Pregunta	6° Pregunta	7° Pregunta	8° Pregunta
Clave #	C/media hora comenzando en	Categoría	Actividad	Durante este tiempo sentí dolor: 1: Ningún dolor. 2: Muy poco dolor. 3: Algo de dolor. 4: Mucho dolor.	Al iniciar esta media hora sentí fatiga: 1: Nada de fatiga. 2: Muy poca fatiga. 3: Algo de fatiga. 4: Mucha fatiga.	Pienso que lo hago: 1: Bien. 2: Regular 3: Mal. 4: Muy mal.	Yo encuentro la actividad: 1: Fácil 2: Poco difícil 3: Difícil. 4: Muy difícil	Para mí esta actividad es: 1: Muy significativa. 2: Significativa. 3: Poco significativa. 4: Nada de significativa.	Esta actividad me causa fatiga: 1: Nada de fatiga. 2: Muy poca fatiga. 3: Algo de fatiga. 4: Mucha fatiga.	Disfruto esta actividad: 1: Mucho. 2: Algo. 3: Muy poco. 4: Nada.	Me detuve a descansar durante la actividad: 1: Si 2: No
	4:30 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	5:00 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	5:30 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	6:00 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	6:30 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	7:00 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	7:30 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	8:00 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	8:30 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	9:00 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	9:30 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	10:00 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	10:30 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	11:00 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	11:30 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	12:00 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	12:30 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	1:00 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	1:30 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	2:00 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	2:30 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	3:00 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	3:30 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	4:00 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2

Nombre:				Edad:			Día/fecha:		I.D.#		
Día: Tarde				1° Pregunta	2° Pregunta	3° Pregunta	4° Pregunta	5° Pregunta	6° Pregunta	7° Pregunta	8° Pregunta
Clave #	C/media hora comenzando en	Categoría	Actividad	Durante este tiempo sentí dolor: 1: Ningún dolor. 2: Muy poco dolor. 3: Algo de dolor. 4: Mucho dolor.	Al iniciar esta media hora sentí fatiga: 1: Nada de fatiga. 2: Muy poca fatiga. 3: Algo de fatiga. 4: Mucha fatiga.	Pienso que lo hago: 1: Bien. 2: Regular 3: Mal. 4: Muy mal.	Yo encuentro la actividad: 1: Fácil 2: Poco difícil 3: Difícil 4: Muy difícil	Para mí esta actividad es: 1: Muy significativa. 2: Significativa. 3: Poco significativa. 4: Nada de significativa.	Esta actividad me causa fatiga: 1: Nada de fatiga. 2: Muy poca fatiga. 3: Algo de fatiga. 4: Mucha fatiga.	Disfruto esta actividad: 1: Mucho. 2: Algo. 3: Muy poco. 4: Nada.	Me detuve a descansar durante la actividad: 1: Si 2: No
	4:30 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	5:00 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	5:30 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	6:00 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	6:30 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	7:00 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	7:30 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	8:00 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	8:30 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	9:00 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	9:30 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	10:00 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	10:30 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	11:00 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	11:30 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	12:00 P.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	1:00 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	1:30 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	2:00 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	2:30 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	3:00 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	3:30 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	4:00 A.M.			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2

ANEXO 3.
Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud

 Universidad del Valle
ESTUDIO: Influencia de un programa basado en los principios de la danza movimiento terapia sobre la fatiga y su implicación en el desempeño ocupacional de un grupo de adultos mayores

CUESTIONARIO SF-36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD
--

CÓDIGO ASIGNADO

FECHA ENTREVISTA		
D.	M.	A.

NOMBRE DE ENTREVISTADOR

INSTRUCCIONES
Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:		2. ¿Cómo dirá que es su salud actual comparada con la de hace un año?	
Excelente	1	Mucho mejor ahora que hace un año	1
Muy buena	2	Algo mejor ahora que hace un año	2
Buena	3	Más o menos igual que hace un año	3
Regular	4	Algo pero ahora que hace un año	4
Mala	5	Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Si me limita mucho	Si me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3

g. Caminar 1 Km o más	1	2	3			
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3			
i. Caminar una sola manzana (unos 100 mt)	1	2	3			
j. Bañarse o vestirse por sí mismo(a)	1	2	3			
4. Durante las últimas 4 semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?						
	SI	NO				
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2				
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2				
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades?	1	2				
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2				
5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?						
	SI	NO				
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2				
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2				
c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2				
6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus relaciones sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?					
	No, ninguno		1			
Nada	1	Si, muy poco	2			
Un poco	2	Si, un poco	3			
Regular	3	Si, moderado	4			
Bastante	4	Sí, mucho	5			
Mucho	5	Si, muchísimo	6			
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?						
Nada	1					
Un poco	2					
Regular	3					
Bastante	4					
Mucho	5					
9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted.						
¿Durante las 4 últimas semanas cuánto tiempo...	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo algunas veces	Nunca
A...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
B...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
C...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
D...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
E...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
F...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
G...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6

H....se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
I...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Sólo algunas veces	4
Nunca	5

11. Por favor diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Cierta	No sé	Falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 4.
Escala FACIT de fatiga (Versión 4)



Universidad del Valle

ESTUDIO: Influencia de un programa basado en los principios de la danza movimiento terapia sobre la fatiga y su implicación en el desempeño ocupacional de un grupo de adultos mayores

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. **Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

		N a d a	Un poco	Algo	Mucho	Muchí- simo
HI7	Me siento agotado(a)	0	1	2	3	4
HI 12	Siento debilidad en todo el cuerpo.....	0	1	2	3	4
An1	Me siento decaído(a)	0	1	2	3	4
An2	Me siento cansado(a).....	0	1	2	3	4
An3	Tengo dificultad para <u>comenzar</u> las cosas porque estoy cansado(a)	0	1	2	3	4
An4	Tengo dificultad para <u>terminar</u> las cosas porque estoy cansado(a)	0	1	2	3	4
An5	Tengo energía.....	0	1	2	3	4
An7	Soy capaz de hacer mis actividades habituales (trabajar, ir a la escuela, hacer las compras)	0	1	2	3	4
An8	Necesito dormir durante el día.....	0	1	2	3	4
An 12	Estoy demasiado cansado(a) para comer	0	1	2	3	4
An 14	Necesito ayuda para hacer mis actividades habituales.....	0	1	2	3	4
An 15	Estoy frustrado(a) porque estoy demasiado cansado(a) para hacer las cosas que quiero hacer	0	1	2	3	4
An 16	Tengo que limitar mis actividades sociales debido al cansancio	0	1	2	3	4

ANEXO 5.
Licencia de aplicación del instrumento



**FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT)
LICENSING AGREEMENT**

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. The terms of this license will grant permission Licensor provides to **SARA RUIZ ("Investigator")** the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that **SARA RUIZ** is granted license to use the **Spanish** version of the **FACIT-Fatigue** in one not for profit study entitled:

This current license is only extended to SARA RUIZ's research project subject to the following terms:

- 1) (SARA RUIZ) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, SARA RUIZ will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (SARA RUIZ) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent

analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name “FACIT” will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.

- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensors requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 5) This license is for paper administration only and is not extended to electronic data capture. Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
- 6) In no cases may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.
- 7) Licensors reserves the right to withdraw this license if SARA RUIZ engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective upon date issued by FACIT.org and expires at the completion of SARA RUIZ's project.
- 10) SARA RUIZ agrees to provide FACIT.org with a copy of any publication which results from this study.

Issued on: October 27, 2015

Shannon C Romo
Assistant Business Manager
FACIT.org
381 S. Cottage Hill Avenue
Elmhurst, IL 60126 USA
www.FACIT.org

www.FACIT.org ☎ 381 South Cottage Hill, Elmhurst, IL, USA 60126 ☎ FAX: + 1.630.279.9465 ☎ information@FACIT.org

ANEXO 6.
Formato de registro individual por sujeto

	Universidad del Valle
ESTUDIO: Influencia de un programa basado en los principios de la danza movimiento terapia sobre la fatiga y su implicación en el desempeño ocupacional de un grupo de adultos mayores	

CÓDIGO ASIGNADO

EDAD

SEXO	
F.	M.

FECHA		
D.	M.	A.

HORA

En los siguientes 5 renglones describiría como se sintió en cada una de las actividades realizadas incluyendo las motivaciones e intereses que propiciaron participar en la actividad:

ANEXO 7.
Formato de registro de sesiones

 Universidad del Valle
ESTUDIO: Influencia de un programa basado en los principios de la danza movimiento terapia sobre la fatiga y su implicación en el desempeño ocupacional de un grupo de adultos mayores

SESION NUMERO

FECHA		
D.	M.	A.

HORA

RESUTADOS GENERALES	
DIMENSION VERBAL	DIMENSION NO VERBAL

OBERVACIONES:

**ANEXO 8.
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



ESTUDIO: Influencia de un programa basado en los principios de la danza movimiento terapia sobre la fatiga y su implicación en el desempeño ocupacional de un grupo de adultos mayores

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Influencia de un programa basado en los principios de la danza movimiento terapia sobre la fatiga y su implicación en el desempeño ocupacional de un grupo de adultos mayores”

INVESTIGADORAS: Carol Tascón Solarte, Johana Marcela Salas y Jennifer Paola Bucheli. Aspirantes a grado Terapia Ocupacional Universidad del Valle.

TELÉFONOS: 3177033353 – 3113924130- 3017829421

DIRECTORA: Lenis Judith Salazar Torres, Terapeuta Ocupacional - Neuropsicóloga

TELEFONO: 3174351260

ASESORA EXPERTA: Sara Ruiz Álvarez, *Terapeuta Ocupacional Universidad del Valle* - Máster en Terapia a través del Movimiento y la Danza Universidad de Barcelona.

TELEFONO: 3006796845

A través del presente documento se le ofrece información sobre la investigación “*Influencia de un programa basado en los principios de la danza movimiento terapia sobre la fatiga y su implicación en el desempeño ocupacional de un grupo de adultos mayores*”, con el propósito de que tenga pleno conocimiento sobre los detalles de la misma y pueda tomar con total claridad y autonomía la decisión de participar o no en ella.

La investigación será realizada en la sede de Meléndez de la Universidad del Valle, durante un periodo de tiempo no mayor a 4 meses. Este estudio será llevado a cabo por un grupo de estudiantes de décimo semestre del Programa de Terapia Ocupacional de la Universidad de Valle, quienes contarán con la asesoría de una experta en Danza movimiento terapia y una docente asesora del programa académico de terapia ocupacional.

Mediante este estudio se pretende establecer y describir si la participación de adultos mayores en un proceso de intervención bajo los principios de Danza Movimiento Terapia influye sobre los índices de fatiga y su implicación en el desempeño ocupacional. La danza movimiento terapia consiste en el uso terapéutico del movimiento para promover la integración emocional, cognitiva, social y física de las personas. Puede definirse como una psicoterapia que a partir del movimiento, la música, los objetos y los procesos creativos intenta hacer un trabajo integrativo para que la persona pueda simultáneamente vivir el cuerpo, los afectos, las emociones, la motricidad, el pensamiento, la creatividad y la comunicación, partiendo siempre de las personas con quienes se trabaja, sus capacidades y potencialidades, sus características personales y sus límites. En esta investigación participarán 30 personas las cuales deberán cumplir con los criterios de inclusión y confirmar el deseo de ser parte del estudio, estas se distribuirán en un grupo experimental compuesto por 15 participantes y un grupo control conformado por 15 participantes. A los dos grupos se les aplicara una serie de instrumentos descritos a continuación pero solo se realizara una intervención a través de un programa basado en los principios de Danza movimiento terapia con el grupo experimental.

Inicialmente se diligenciará una rejilla de caracterización que tiene un tiempo de diligenciamiento de 10 minutos, esto con el objetivo de determinar el nivel de funcionalidad y el nivel de exigencia en las intervenciones, seguidamente los instrumentos que se aplicará serán: el Registro de Actividad del NIH (ACTRE) el cual solicita a la persona que indique en qué actividades participa, dicha información se registra en intervalos de 30 minutos durante todo el día, el cuestionario SF-36 que evalúa el estado de salud general y tiene un tiempo de diligenciamiento aproximado de 20 minutos y la escala FACIT de fatiga evalúa la percepción subjetiva de fatiga y el impacto de ésta en el funcionamiento y en las actividades de la vida diaria, esta tiene un tiempo promedio de diligenciamiento de 5 minutos. Finalmente se realizarán entrevistas que indagarán sobre expectativas y percepciones asociadas al espacio de Danza Movimiento Terapia que tiene un tiempo de diligenciamiento de 5 minutos y sobre las sesiones de trabajo grupal que tiene un tiempo de diligenciamiento de 10 minutos, para las cuales los participantes deberán autorizar que el material videográfico en el que aparezcan pueda ser usado en espacios científicos y académicos en la Universidad del Valle. El estudio representa riesgo mínimo para los participantes, específicamente riesgo de caída, el cual será minimizado a través de la realización de las intervenciones en un espacio controlado en el cual se revisará en cada sesión que los suelos no sean irregulares, deslizantes, muy pulidos o con desniveles y se evitara la presencia de cables en el suelo, de igual manera se pedirá a los participantes contar con calzado adecuado y seguro. Además durante las intervenciones se realizarán ajustes acorde a las necesidades de los participantes, como permitir que realicen la actividad propuesta sentados o con apoyo de las estudiantes.

Como beneficios de participar en el estudio los participantes pertenecientes al grupo experimental tendrán acceso a un espacio terapéutico grupal de danza

movimiento terapia durante el tiempo que dure la investigación con una regularidad de dos encuentros de hora y media semanales, durante dos meses o 16 sesiones y en el horario convenido por la institución. Además la participación en este estudio les posibilitará a los participantes de ambos grupos (control y experimental) reconocer la eficiencia y capacidad personal que presentan en la realización de sus actividades diarias.

Los resultados obtenidos a través del estudio se difundirán única y exclusivamente con propósitos investigativos y académicos, pero en ningún momento y en ninguna publicación se divulgarán los datos de identificación de los participantes. Toda la información se divulgará de manera grupal. La utilización del material videográfico será en el proceso de análisis; finalizado este proceso el registro será entregado al programa de Atención Integral al Pensionado de la Universidad del Valle. De igual manera los participantes autorizan el uso de la información recolectada en estudios de investigación similares futuros, previa aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle.

Cada participante tendrá derecho a conocer los resultados que arroje la investigación y los avances que se generen a partir de ésta. Su participación en el estudio culminará cuando las investigadoras hayan terminado de orientar el espacio terapéutico y de recolectar la información requerida. Sin embargo, usted puede aceptar o no su participación en el estudio, así como retirarse en el momento que lo decida, sin que esto afecte su continuidad y participación en el Programa de Jubilados de la Universidad. En este último caso, para efectos de control y resultados sobre el estudio, se solicita que usted comunique el motivo por el cual ha decidido no seguir participando.

Los participantes del presente estudio deberán brindar datos fidedignos para el diligenciamiento de los diferentes instrumentos y aquellos que pertenezcan al grupo experimental deberán asistir cumplidamente a las sesiones en el horario que sea acordado.

Su participación en este estudio es voluntaria, por lo cual no deberá incurrir en gasto alguno por el estudio ni obtendrá ningún reconocimiento material por esto (dinero, alimentación, medicamentos), salvo las sesiones de intervención en las cuales participe. Usted recibirá una copia del presente consentimiento.

Frente a cualquier duda o inconveniente puede comunicarse con los teléfonos que aparecen al inicio del consentimiento. O al Comité Institucional de Revisión de Ética Humana CIREH, Facultad de Salud – Universidad del Valle, con el teléfono 5185677 de Cali.

Agradecemos su participación y colaboración con el estudio.

Autorizo que el material videográfico en el que aparezco pueda ser usado en espacios científicos y académicos en la Universidad del Valle manteniendo siempre protegida mi identidad, como parte de la garantía de confidencialidad.¹

SI	NO
----	----

NOMBRE: _____
Firma Autorización
C.C:

Firma Testigo
C.C:

Firma Testigo
C.C:

¹ Este ítem no determina ni afecta bajo ninguna circunstancia su participación en el estudio.

ANEXO 9. EVOLUCIONES DE LOS PARTICIPANTES POR SESION

Nota: A continuación se presentan apartados de las bitácoras de las sesiones, solo de aquellas que cumplen con la función de soportar los hallazgos, por ser material confidencial no se transcribe en su totalidad ni se revela la identidad de ningún participante. En azul se encuentran las observaciones de las estudiantes que serán usadas de soporte y en amarillo las de los participantes.

EVOLUCIÓN

Empieza con la fecha de la sesión y describe todo lo sucedido y sentido, lo manifestado por los participantes y por las estudiantes, todos los elementos emergentes de la sesión

19/04/16

[...]

Les pedimos que se organizaran en un círculo y se presentarán con su nombre y un movimiento. Los movimientos se limitaban a miembros superiores y gestos. Se reían y bromeaban al intentar recordar los movimientos. Sus movimientos estaban muy concentrados en el plano horizontal primario. También entre ellos se copiaban los movimientos. Posteriormente se les pidió que se desplacen por el espacio y saludaran a sus compañeros con el movimiento. **Tenían algunas dificultades en recordar los movimientos y se les dificultaba usar todo el espacio, intentaban moverse siempre en círculo.**

[...]

21/04/16

Al iniciar la sesión se les pide que expresen como se siente antes de iniciar la sesión, **las palabras eran sinónimas y copia de lo que decía la otra persona.** “Bien, muy bien, estupenda, excelente” [...]

[...] Cuando terminamos la sesión les pedimos nuevamente que nos comentaran a través de una palabra su sentir actual, las palabras que predominaron fueron: **“renovada, relajado, nuevo, descansado”** Hemos notado que quizá la relajación es la parte que los adultos más disfrutaban, pero aquella en la que mostraban más dificultad en las primeras sesiones, tenían dificultad para dejarse mover y sus movimientos eran limitados, incluso se les dificultaba estar en silencio, no había una conexión y relajación real.

Un participante manifestó: **“En las actividades de deporte que realizamos salimos muy cansados pero una vez que estamos en este espacio uno se siente más calmado y relajado, es como si el cuerpo descansara”**

29/04/16

[...]

Durante esta sesión se les pidió que cerraran los ojos y confiaran en sus compañeros para ser guiados por el espacio, quienes

eran guiados se mostraban muy temerosos y tensos, se cambió la música por una más tranquila, después de unos segundos la tensión iba disminuyendo. Luego intercambiarían roles [...] Al finalizar la sesión varios comentaron su experiencia, durante el cierre evidenciamos que los participantes estaban muy abiertos y dispuestos al dialogo. [...]

A: “Es complicado, uno siente la resistencia de la persona al moverse”

M: “La sensación del choque, cuando uno tiene los ojos cerrados”

S: “Conforme iba aumentando la sesión estaba más confiada, pude confiar en mi compañero”

M: “A uno le da temor que lo vayan hacer golpear a uno”

[...] Cerramos comentando la importancia de confiar en el otro y poder experimentar el espacio desde otros sentidos.

03/05/16

[...]

Se realizó un juego de virtudes y cualidades. Por el espacio había tarjetas con diferente palabras como: tímido, afectuoso, cariñoso, buen compañero, etc. En un momento de la sesión se les pide que se desplacen por el espacio y escojan aquella palabra que mejor los representa, al finalizar la sesión a cada uno se le pide expresar sus razones si así lo desea, aquí algunas de estas verbalizaciones:

A: Cariñoso “Escogí cariñoso, porque me gusta ser cariñoso con todos mis compañeros”

J: Amistoso “Yo escogí esta palabra porque estoy en este grupo y quiero ser cada día mas amistoso con todos ustedes”

M: Alegre “Yo escogí esta palabra, alegre, porque esto es vida”

C: Tímido “Yo escogí tímido, porque he sido tímido mucho tiempo, claro que ahora no soy tan tímido, pero en mi niñez y en mi juventud fui muy tímido, estar aquí me permitió dejar un poco la timidez”.

B: Talentoso “Yo escogí talentoso, porque a mí me gusta participar en mucha cosa y en muchas actividades artísticas”.

MP: Valiente: “Yo escogí valiente porque no le tengo miedo a los problemas ni a las enfermedades, todo hay que cogerlo con valentía”

AL: Trabajador: “Yo escogí trabajador porque yo no me “arrugo”, para lo que me toque, toda una vida he sido así y espero seguirlo siendo”.

10/05/16

En esta sesión, los participantes finalizaban una sesión intensa de ejercicio, por tanto se decidió ampliar el momento de relajación y trabajar movimientos pausados de conciencia corporal. Fue interesante escuchar algunas de las opiniones de los adultos, tras el

momento de la relajación, una de las adultas mayores quien prefirió permanecer de pie por lesión en su rodilla, refirió:

AL: “Yo casi nunca puedo permanecer de pie completamente derecha por mi dolor de rodilla, lo que me hace sentir como si me fuera a caer, pero cuando hoy cerré los ojos me sentía firme y segura”

R: “Descansa uno del otro ejercicio”

17/05/16

En esta sesión se permitió moverse de forma autónoma en el espacio, luego hicieron parejas, fue emocionante esta parte de la sesión, A llevaba bien el ritmo y termina contagiando a sus compañeros, hubo un cambio en las expresiones fáciles, A se mueve con seguridad pese a que en un inicio refirió molestias en su rodilla la cual le impedía realizar sus actividades cotidianas con fluidez. [...] Terminamos con el masaje en parejas. Es un poco más difícil dejarse llevar, se revela tensión, los que dan el masaje están mas conectados a la actividad, a la música, a sus compañeros. Al finalizar referían que era más fácil dar masaje que recibirlo.

24/05/16

[...] Durante el desarrollo de esta sesión se propone la realización de una muestra coreográfica, la cual permitió revelar y articular diferentes habilidades. Cada grupo se comprometió con la muestra coreográfica, se evidenciaron roles de liderato al interior de los equipos. Había una atmosfera de sana competencia. Los movimientos eran más fluidos pese a que eran planeados y ensayados. Cada grupo reconoció el esfuerzo de sus compañeros, era un ambiente de risa y distensión.

27/05/16

[...]

En esta sesión se trabajó por parejas, las cuales debían permanecer unidas por una parte del cuerpo que se les iba indicando al transcurso de la sesión, la mano, el codo, la pierna, las espaldas, etc. Al principio estaban algo temerosos al contacto físico con sus compañeros, sobre todo cuando las parejas coincidían hombre y mujer u hombre y hombre, sin embargo, finalmente fue motivo de bromas y risas y la tensión disminuyó.

[...] Quienes se movían con más rigidez fueron dirigidos por sus demás compañeros y terminaron moviéndose de forma armónica. Aquellos que habían referido en el pasado temor a caer se movían y dirigían el movimiento.

02/06/16

[...]

Durante la sesión de cierre se realizó un trabajo en equipo donde debían usar el lenguaje verbal y no verbal para representar una situación que solo uno de los participantes debía conocer, durante la actividad hubo apoyo, comunicación y trabajo conjunto [...]

Cuando la actividad llego a su fin los participantes expresaron su agradecimiento por el espacio y dieron a conocer sus puntos de vista a nivel personal y grupal acerca de las ganancias y beneficios que el programa les propicio.

ANEXO 10.

AVAL DEFINITIVO COMITÉ DE ETICA HUMANA

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 002 - 016

Proyecto: "INFLUENCIA DE UN PROGRAMA BASADO EN LOS PRINCIPIOS DE LA DANZA MOVIMIENTO TERAPIA SOBRE LA FATIGA Y SU IMPLICACIÓN EN EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES" 007-016

Sometido por: LENIS JUDITH SALAZAR TORRES / SARA RUIZ ALVAREZ / CAROL VANESSA TASCÓN SOLARTE/ JOHANA MARCELA SALAS ZAMORA /JENNIFER PAOLA BUCHELI PABÓN

Código Interno: 007 - 016 Fecha en que fue sometido: 1 02 2016

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| ☒ Resumen del proyecto | ☒ Protocolo de investigación |
| ☒ Formato de consentimiento informado | ☒ Instrumento de recolección de datos |
| ☐ Folleto del investigador (si aplica) | ☒ Cartas de las instituciones participantes |
| ☐ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

☐ SIN RIESGO ☒ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:

- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

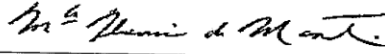
8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:

- Lesiones a sujetos humanos.

Calle 4B 36 -00 edificio Decanato Teléfono: 5185677 email: eticasalud@correounivalle.edu.co



- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
 9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
 10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:  Fecha: 31 03 2016
 Nombre: MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ
 Capacidad representativa: PRESIDENTA Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:  Fecha: 31 03 2016
 Nombre: HERNAN J. PIMIENTA
 Capacidad representativa: VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD Teléfono: 5185680

ANEXO 11.
CARTA DE APROBACION DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

Santiago De Cali, Julio 11 de 2016

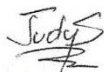
Profesora

AIDA JOSEFINA ROJAS FAJARDO

Directora del programa académico Terapia Ocupacional

Cordial saludo

Yo Lenis Judith Salazar Torres directora del trabajo de grado titulado **“Influencia de un programa basado en los principios de la danza movimiento terapia sobre la fatiga y su implicación en el desempeño ocupacional de un grupo de adultos mayores”**, desarrollado por las estudiantes CAROL VANESSA TASCON SOLARTE, JOHANA MARCELA SALAS ZAMORA y JENNIFER PAOLA BUCHELI PABON, culminada la revisión y verificando los ajustes sugeridos por los evaluadores doy el aval para que las estudiantes continúen el proceso necesario para dar cumplimiento a los requisitos para ser candidatas a grado de nuestro programa académico.



JUDITH SALAZAR TORRES

DIRECTORA DE TRABAJO DE GRADO

Docente asistente del programa académico de terapia ocupacional