



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE

**“PREVALENCIA DE LAS ESTRATEGIAS COGNITIVAS DE
AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR FÍSICO QUE PRESENTAN LOS
ADULTOS MAYORES DEL ASILO VIDA A LOS AÑOS”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico.

Autor: Arias Cando, Mauricio Santiago

Tutor: Ps. Cl. López Castro, Walter Javier

Ambato – Ecuador

Julio, 2012

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“PREVALENCIA DE LAS ESTRATEGIAS COGNITIVAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR FÍSICO QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO VIDA A LOS AÑOS” de Mauricio Santiago Arias Cando estudiante de la Carrera de psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Julio del 2012

EL TUTOR

.....

Ps. Cl. Javier López Castro

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **“PREVALENCIA DE LAS ESTRATEGIAS COGNITIVAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR FÍSICO QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO VIDA A LOS AÑOS”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Julio del 2012

EL AUTOR

.....

Mauricio Santiago Arias Cando.

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Julio del 2012

EL AUTOR

.....

Mauricio Santiago Arias Cando.

APROBACION DEL JURADO EXAMINADOR

Los Miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de Investigación, sobre el tema: **“PREVALENCIA DE LAS ESTRATEGIAS COGNITIVAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR FÍSICO QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO VIDA LOS AÑOS”**, presentado por el señor egresado Mauricio Santiago Arias Cando, de la carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Julio del 2012

Para constancia firman

.....

Psc. Cl. Ismael Gaibor

.....

Dra. Xiomara Tabares

.....

Psc. Cl. Paola Latta

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico en primer lugar a Dios que ha sido él que siempre me ha guiado en todos los momentos de mi vida, a mi abuelita Magdalena que es la persona que me ha apoyado y que siempre ha estado en los buenos y malos momentos, a mi madre Doris que a pesar que ha estado lejos de mí, siempre ha estado pendiente de las actividades que realizaba, y a toda mi familia que fue un pilar fundamental para que yo pueda ser un profesional que aporte con un granito de arena para el desarrollo de nuestro país.

Santiago Arias

AGRADECIMIENTO

Comienzo agradeciendo a Dios por darme la fortaleza, la inteligencia y la salud para lograr la culminación de mi carrera académica, a mi abuelita Magdalena que siempre estuvo preocupada por mi desenvolvimiento académico brindándome su apoyo emocional, físico y económico en todo momento, a mi abuelito Ángel que aunque ya no está entre nosotros fue el mejor ejemplo para mí, físicamente ya no se encuentra conmigo pero su espíritu y sus enseñanzas siempre están en mi corazón, a mi madre Doris que fue el incentivo de cada día, para ser una persona responsable y honesta en todo momento, a mi familia que siempre estuvo pendiente de mí y de las cosas que realizaba.

A todos los maestros y profesionales que supieron llegar a mí con sus conocimientos y enseñanzas, a mis amigos y compañeros que me brindaron una amistad sincera y llena de felicidad de risas y buenos momentos y sobre todo a la UTA que fue el templo del saber que me acogió en sus aulas para crecer cada día como persona. Muchas gracias a todos ellos y que Dios nos bendiga a todos.

Santiago Arias

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES

Portada.....	i
Aprobación del Tutor.....	ii
Autoría de la Tesis.....	iii
Derechos de Autor.....	iv
Aprobación del Tribunal de grado.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimientos.....	vii
Índice general.....	viii
Índice de cuadros y gráficos.....	xi
Resumen Ejecutivo.....	xiv
ExecutiveSummary.....	xv
Introducción.....	1

CAPÍTULO I

1. El Problema.....	2
1.1 Tema.....	2
1.2. Planteamiento del problema.....	2
1.2.1. Contextualización.....	2
1.2.2. Análisis crítico.....	9
1.2.3. Prognosis.....	9
1.2.4. Formulación del problema.....	9
1.2.5. Preguntas directrices.....	10
1.2.6. Delimitación del problema.....	10
1.3. Justificación.....	10

1.4.	Objetivos.....	11
1.4.1.	Objetivo General.....	11
1.4.2.	Objetivos Específicos.....	11

CAPÍTULO II

2.	Marco teórico.....	12
2.1.	Investigaciones previas.....	12
2.2.	Fundamentación.....	14
2.2.1.	Filosófica.....	14
2.2.2.	Epistemológica.....	14
2.2.3.	Ontológica.....	14
2.2.4.	Axiológica.....	15
2.2.5.	Sociológica.....	15
2.2.6.	Psicológica.....	16
2.3.	Categorías Fundamentales.....	17
2.4.	Fundamentación Teórica.....	19
2.5.	Hipótesis.....	34
2.5.1.	Hipótesis General.....	34
2.5.2.	Hipótesis Particular.....	34
2.6.	Señalamiento de Variables.....	34

CAPÍTULO III

3.	Metodología.....	35
3.1.	Enfoque de la Investigación.....	35
3.2.	Modalidades de la investigación.....	35
3.3.	Nivel o tipo de la investigación.....	35
3.4.	Población y muestra.....	36
3.5.	Operalización de variables.....	37
3.6.	Técnicas e instrumentos.....	39

3.7.	Plan de recolección de la información.....	39
3.8.	Plan de procesamiento de la información.....	40

CAPITULO IV

4.	Análisis e interpretación de Resultados.....	43
4.1.	Análisis e interpretación del aspecto cuantitativo del anexo I.....	43
4.2.	Análisis e interpretación del aspecto cuantitativo del anexo II.....	72
4.3.	Comprobación de hipótesis.....	73
4.3.1.	Hipótesis General.....	73
4.3.2.	Hipótesis Particular.....	73

CAPÍTULO V

5.	Conclusiones y Recomendaciones.....	75
5.1.	Conclusiones.....	75
5.2.	Recomendaciones.....	75

CAPITULO VI

6.	Propuesta.....	76
6.1.	Datos informativos.....	76
6.1.1	Institución Ejecutora.....	76
6.1.2	Ubicación.....	76
6.1.3	Beneficiarios.....	76
6.1.4	Tiempo.....	76
6.1.5	Equipo Técnico Responsable.....	76
6.2.	Antecedentes de la propuesta.....	77
6.3.	Justificación.....	78
6.4	Objetivos.....	78
6.4.1.	Objetivo General.....	78
6.4.2.	Objetivos Específicos.....	78
6.5.	Análisis de Factibilidad.....	79
6.6.	Fundamentación Científico Técnica.....	79
1.	Terapia Cognitivo Conductual.....	79

2. Funciones y Características del Enfoque Cognitivo Conductual.....	80
3. Metas y racionalidad.....	81
4. Cognición y procesos psicológicos.....	82
5. Énfasis humanista filosófico del modelo.....	82
6.El modelo ABC del funcionamiento psicológico.....	82
7.Las creencia irracionales	83
8. Técnicas Cognitivas Conductuales.....	83
8.1 Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.....	84
8.2 Aserción encubierta.....	84
8.3 Solución de problemas.....	85
8.4 Inoculación al estrés.....	86
8.5 Guía de instrucciones para la Imaginación Racional Emotiva (IRE)..	86
8.6 Entrenamiento autoinstruccional.....	87
6.7. Modelo Operativo. Plan de Acción.....	88
6.8. Administración de la propuesta.....	90
6.8.1 Recursos humanos.....	90
6.8.2 Recursos Físicos o Institucionales.....	91
6.8.3 Recursos Materiales.....	91
6.8.4 Otros Recursos.....	91
6.8.5 Presupuesto Requerido.....	92
6.9. Previsión de la Evaluación.....	93
Cronograma.....	95
Bibliografía.....	97
Anexos.....	98

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Gráfico 1 Árbol de problemas.....	8
Gráfico 2 Categorías Fundamentales.....	17
Gráfico 3 Red de inclusiones conceptuales.....	18
Gráfico 4 Respuestas del cuestionario de estrategias cognitivas de afrontamiento.....	

.....	44
Gráfico 5 Anexo I (pregunta dos).....	45
Gráfico 6 Anexo I (pregunta tres).....	46
Gráfico 7 Anexo I (pregunta cinco).....	48
Gráfico 8 Anexo I (pregunta siete).....	49
Gráfico 9 Anexo I (pregunta diez).....	50
Gráfico 10 Anexo I (pregunta doce).....	51
Gráfico 11 Anexo I (pregunta trece).....	53
Gráfico 12 Anexo I (pregunta catorce).....	54
Gráfico 13 Anexo I (pregunta quince).....	55
Gráfico 14 Anexo I (pregunta dieciséis).....	56
Gráfico 15 Anexo I (pregunta veinte y dos).....	58
Gráfico 16 Anexo I (pregunta veinte y tres).....	59
Gráfico 17 Anexo I (pregunta veinte y cinco).....	60
Gráfico 18 Anexo I (pregunta veinte y seis).....	62
Gráfico 19 Anexo I (pregunta veinte y siete).....	63
Gráfico 20 Anexo I (pregunta treinta y uno).....	64
Gráfico 21 Anexo I (pregunta treinta y tres).....	66
Gráfico 22 Anexo I (pregunta treinta y cuatro).....	67
Gráfico 23 Anexo I (pregunta treinta y seis).....	68
Gráfico 24 Anexo I (pregunta treinta y siete).....	70
Gráfico 25 Anexo I (pregunta treinta y nueve).....	71
Gráfico 26 Anexo II (enfermedades en el adulto mayor).....	72
Cuadro 1 Variable Independiente.....	37
Cuadro 2 Variable Dependiente.....	38
Cuadro 3 Respuestas del cuestionario.....	41
Cuadro 4 Respuestas derivadas de la ficha médica.....	42
Cuadro 5 Respuestas derivadas de las escalas.....	43
Cuadro 6 Anexo I (pregunta dos).....	45
Cuadro 7 Anexo I (pregunta tres).....	46

Cuadro 8 Anexo I (pregunta cinco).....	47
Cuadro 9 Anexo I (pregunta siete).....	48
Cuadro 10 Anexo I (pregunta diez).....	50
Cuadro 11 Anexo I (pregunta once).....	51
Cuadro 12 Anexo I (pregunta trece).....	52
Cuadro 13 Anexo I (pregunta catorce).....	54
Cuadro 14 Anexo I (pregunta quince).....	55
Cuadro 15 Anexo I (pregunta dieciséis).....	56
Cuadro 16 Anexo I (pregunta veinte y dos).....	57
Cuadro 17 Anexo I (pregunta veinte y tres).....	59
Cuadro 18 Anexo I (pregunta veinte y cinco).....	60
Cuadro 19 Anexo I (pregunta veinte y seis).....	61
Cuadro 20 Anexo I (pregunta veinte y siete).....	63
Cuadro 21 Anexo I (pregunta treinta y uno).....	64
Cuadro 22 Anexo I (pregunta treinta y tres).....	65
Cuadro 23 Anexo I (pregunta treinta y cuatro).....	67
Cuadro 24 Anexo I (pregunta treinta y seis).....	68
Cuadro 25 Anexo I (pregunta treinta y siete).....	69
Cuadro 26 Anexo I (pregunta treinta y nueve).....	70
Cuadro 27 Anexo II (enfermedades en el adulto mayor).....	72
Cuadro 28 (cronograma del proceso terapéutico por sesiones).....	89
Cuadro 29 (desgaste humano).....	90
Cuadro 30 (utilización de la parte física).....	91
Cuadro 31 (desgaste material).....	91
Cuadro 32 (otros recursos).....	92
Cuadro 33 (total de presupuesto requerido).....	92
Cuadro 34 (aplicación y evaluación de la propuesta).....	93
Cuadro 35 (previsión de la evaluación).....	94

RESUMEN EJECUTIVO

El proyecto de investigación tiene como tema: La Prevalencia de las Estrategias Cognitivas de Afrontamiento al Dolor Físico que presentan los Adultos Mayores del Asilo “Vida a los Años”. Su importancia radica en determinar las principales estrategias cognitivas con las que cuentan los adultos mayores para el afrontamiento del dolor físico, para lo cual está estructurado por capítulos.

La investigación se realizará desde el enfoque crítico propositivo, de carácter cuali- cuantitativo. La modalidad de la investigación es conjunta: bibliográfica documental, de campo, de intervención social: de asociación de variables que nos permitirán estructurar predicciones llegando a modelos de comportamiento mayoritario.

Se planteó como propuesta el “Programa de intervención psicológica mediante terapia cognitivo conductual basada en el entrenamiento de recursos de afrontamiento al dolor físico, en el que se concluye con una bibliografía tentativa y los anexos en los que se han incorporado los instrumentos que se aplicaron en la investigación de campo.

PALABRAS CLAVES: ESTRATEGIAS COGNITIVAS DE AFRONTAMIENTO, DOLOR FÍSICO

EXECUTIVE SUMMARY

The research project has as its theme: The Prevalence of Cognitive Coping Strategies Physical Pain presented by Senior Asylum "Life Years". Its importance lies in identifying key cognitive strategies with which older adults have for coping with physical pain, for which is organized by chapters.

Research will be conducted from the critical proactive, qualitative and quantitative in nature. The type of research is joint: bibliographic documentary field of social intervention: association of variables that allow us to structure predictions reaching mainstream role models.

Proposal was raised as the "psychological intervention program using CBT based training resources for coping with physical pain, which concludes with a tentative bibliography and annexes that have incorporated the tools that were applied in field research.

KEYWORDS: COGNITIVE COPING STRATEGIES, PHYSICAL PAIN

INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación que se describe a continuación está destinado a indagar las principales estrategias de afrontamiento con las que cuentan los adultos mayores, puesto que son considerados un grupo vulnerable a nivel social. Para esto se ha tomado como referencia a esta población que en la etapa de su ciclo vital se enfrenta a situaciones que se describe a lo largo de este estudio como un dolor físico, que puede ser en la mayor parte de situaciones un estresor constante y debilitador.

Para esto se procedió a determinar cuáles son las principales estrategias de afrontamiento cognitivas con las que cuenta el adulto mayor en situaciones de dolor físico que puede ser calificado según su intensidad, origen y duración. El objetivo fue el de encontrar cuales de estas son la de mayor prevalencia entre los adultos mayores y si resultan eficaces para afrontar el dolor que padecen. Los resultados que se revelan en esta investigación fueron dados a través de un cuestionario psicométrico de evaluación y de escalas estandarizadas.

Finalmente se propone a la Terapia Cognitivo Conductual mediante un entrenamiento de recursos de afrontamiento con el que se pretende conseguir medios que ayuden a los adultos mayores a enfrentar el dolor de una manera más eficaz y satisfactoria

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema

“Prevalencia de las Estrategias Cognitivas de Afrontamiento al Dolor Físico que presentan los adultos mayores del asilo Vida a los Años”

1.2 Planteamiento del Problema

¿Cuál es la prevalencia de las Estrategias de Afrontamiento Cognitivas frente al Dolor Físico que presentan los adultos mayores del asilo Vida los Años?

1.2.1 Contextualización

Macro

El dolor, se define como situación de tensión mantenida que el individuo suele percibir como amenazante, se conceptualiza como situación estresante. Las repercusiones del dolor pueden ser numerosas, y es muy probable que las personas que lo padecen experimenten pérdidas importantes en la esfera laboral, económica, familiar, social, sexual, etc. La amenaza de estas pérdidas llevará al sujeto a movilizarse para intentar controlar el dolor de una u otra forma. Se asume, por tanto, que ante la amenaza resultante del padecimiento del dolor los sujetos ponen en marcha mecanismos de actuación para paliar los daños

producidos. Dichos mecanismos, definidos como intentos de afrontamiento, se entienden como un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, continuamente cambiantes, que son utilizados para afrontar demandas que son valoradas por el individuo como excesivas respecto a los recursos de que dispone o cree que dispone- LAZARUS Y FOLKMAN, (1986), “Estrés y procesos cognitivos”, Estados unidos de América.

En un estudio desarrollado por la Plataforma “Pain Proposal” en 15 países europeos (Alemania, Austria, Bélgica, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Noruega, Países Bajos, Portugal, Suecia, Suiza y Reino Unido) a través de la Federación Europea de la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (EFIC) y la Federación Europea de Asociaciones Neurológicas (EFNA) se intentó crear un documento consenso que establezca unas directrices básicas para un abordaje global del dolor crónico a nivel europeo y nacional que ayuden a reducir su impacto.

Es así que este estudio determinó que en España, el dolor crónico es uno de los mayores problemas socio-sanitarios, ya que afecta a más de 4,5 millones de españoles, de los cuales el 58% lo sufre durante los siete días de la semana, persistiendo su dolor durante un promedio de 5 años a lo largo de su vida.

La intensidad del dolor, puntuada en 6,2 en una escala de 10, y su continuidad en el tiempo, acarrea importantes repercusiones en el ámbito personal, social y laboral, provocando que los afectados pierdan un promedio de 3 horas diarias de productividad laboral como consecuencia de su enfermedad.

Por otro lado en un artículo de la Sociedad Española del Dolor (2009) publicado por ELSEVIER España, S.L se persigue identificar las variables cognitivo-conductuales que ayudan a predecir la capacidad funcional para las actividades de la vida diaria de las personas mayores con dolor crónico relacionado con artrosis. y determinar el papel de la capacidad funcional en la interferencia del dolor, así como la capacidad predictiva de las variables cognitivo-conductuales, toda vez controlado el efecto de aquélla.

Para esto se evaluó a 104 personas mayores (85,6% mujeres, 14,4% varones; 51,9% en comunidad, 48,1% en centros residenciales), con una edad media de 74,32 años, en las variables: intensidad, frecuencia y duración del dolor, estilo y estrategias de afrontamiento, conductas de dolor, creencias, autoeficacia, discapacidad funcional (actividad de la vida diaria) e interferencia del dolor en las actividades cotidianas.

Lo que revelo que la capacidad funcional puede predecirse en un 51% por un modelo cognitivo-conductual, como relativas a la enfermedad, tales como afectación radiológica, evitación, catastrofismo y creencias de estabilidad. La autoafirmación y el afrontamiento activo predicen la interferencia del dolor en las actividades cotidianas, una vez controlado el efecto de las variables sociodemográficas y clínicas. Lo que muestra el papel preponderante de los elementos conductuales de afrontamiento activo en la interferencia del dolor, por encima de las variables relativas a la enfermedad, lo que pone de manifiesto la importancia del entrenamiento en este tipo de estrategias en las personas mayores con dolor articular.

Meso.

En los países de habla hispana encontramos que en Colombia un estudio realizado por la Asociación Colombiana para el estudio de Dolor (ACED) quien mediante entrevistas vía telefónica, siendo la más reconocida la publicada en el 2004 denominada III Encuesta Nacional del Dolor, la cual mostró que el 47% de la población colombiana había tenido algún tipo de dolor en el último mes, siendo la más frecuente el dolor osteomuscular y en segundo lugar el dolor lumbar. El 49% de los que presentaron dolor manifestaban que era agudo y 50% que ya lo padecían desde antes.

En el año 2008 fue informada la IV Encuesta Nacional del Dolor realizada también por la ACDE la cual mostró una prevalencia similar del dolor en el último mes de 45%.

LAVIELLE, Pilar y Otros, (2008) “Conducta del Enfermo ante el Dolor crónico” México. Se refieren al dolor crónico (cuya duración es de meses o años) es una

experiencia personal, única y privada que sufre aquel que lo padece y que se expresa más como una conducta que como una sensación. La cual se considera que alrededor de 14% de la población restringe sus actividades de alguna manera por condiciones que se acompañan de dolor crónico y alrededor de 9.3% de la población se limita en actividades mayores como no asistir al trabajo o llevar una vida independiente a causa de ello.

GONZALES, Ana (2009) “Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida de los Mayores” Argentina, describe las estrategias que emplean los adultos mayores para afrontar la muerte, y su relación con el nivel de calidad de vida, y el género. Los participantes fueron 215 adultos mayores, 62% fueron mujeres y 38% hombres a quienes se les aplicó mediante una entrevista, una ficha de datos socio-demográficos, el instrumento WHOQOL Bref para evaluar calidad de vida, y la escala de afrontamiento ante la muerte (EAAM) con tres factores: aceptación, evitación, soporte social. Los resultados muestran una correlación significativa entre calidad de vida la evitación y soporte social como estrategia de afrontamiento. En esta investigación se encontró que la estrategia de afrontamiento más utilizada por los adultos mayores es la Aceptación; probablemente esto se debió a que la actitud positiva hacia la muerte y el morir en los ancianos y su confirmada mayor aceptación de la propia muerte se deba a su mayor religiosidad. Y a que perciben a la muerte como algo natural, como obra de una voluntad divina y, por tanto, ni le temen ni les preocupa morir.

De la misma manera se encontró que tanto para los hombres como para las mujeres la Calidad de Vida es Moderada.

Micro.

En Ecuador un estudio realizado por CUECA, Maricela, (2008) “Problemas cognitivos en adultos mayores” muestra una clara influencia del dolor crónico en la calidad de vida de los adultos mayores en las diferentes instituciones del cantón de Loja, se encontraron los siguientes resultados: el 87.87% de los adultos mayores presentan patologías preexistentes de los cuales el 69.69% manifiestan dolor entre moderado a severo y el 12.12% no manifiestan patologías de los

cuales 6.06% presenta dolor moderado. El 17,5% presentan dolor agudo y el 82,5% presentan dolor crónico de los cuales el 72.72% refiere dolor de tipo reumático y en el 54.54% presentan un patrón constante y el 45.45% intermitente, la intensidad del dolor en el 57.57% es severo y el carácter del dolor en el 48.48% es de sordera. De la población de los adultos mayores los que refirieron dolor agudo es el 17.50% de los cuales 5% presenta una mejor calidad de vida y el 4% presenta una mala calidad de vida a diferencia del 82.50% que refirieron dolor crónico de los cuales el 20.00% presenta una mejor calidad de vida y el 40.00% de ellos presenta una mala calidad de vida. Con lo que concluimos que el dolor crónico en los adultos mayores asilados influye negativamente en la calidad de vida ya que el 40% de ellos presentaron una mala calidad de vida.

Los datos proporcionados por la Federación Ecuatoriana de Fisioterapia (FEF) en un artículo publicado en Marzo (2010) acerca del “Dolor Cervical Crónico”, la es la segunda causa más frecuente de consulta, tiene una frecuencia de 25 a 30 %, cifra que se incrementa progresivamente con la edad hasta que pasados los 45 años. Alcanza aproximadamente una incidencia del 50% de la población general, con irradiación hacia el miembro superior entre 25% a 40%; pudiendo hacerse tan frecuente como entre un 51% y 80% en la población laboral. Según artículo mencionado el manejo del dolor crónico es complejo y debe ser multidisciplinario, y así obtener resultados exitosos para el paciente.

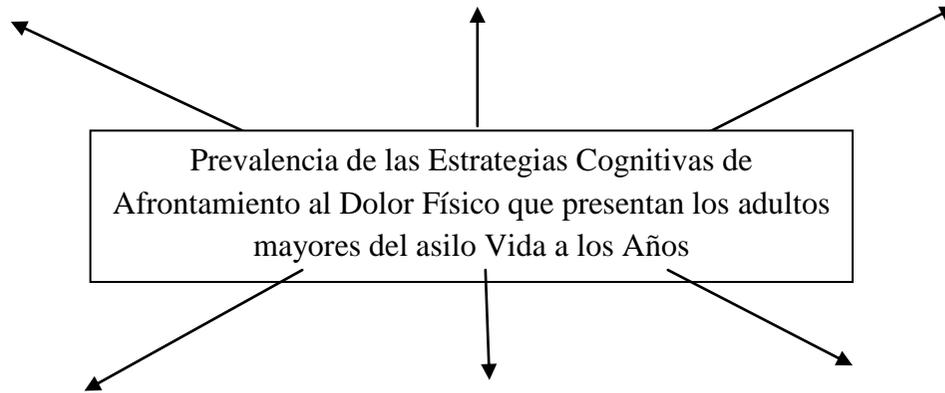
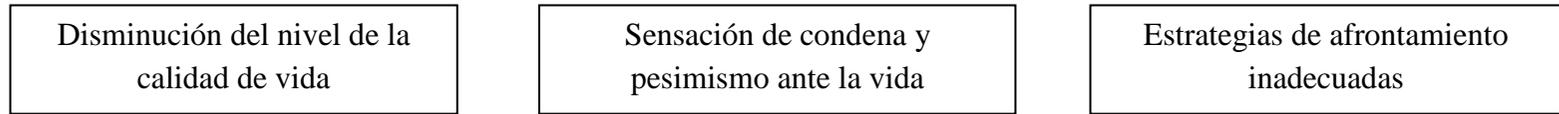
LINO, Nancy, (2010) “Pacientes con dolor crónico” en un artículo publicado en Quito, en el diario El Universo, doctora anestesióloga y especialista en manejo del dolor y jefa del departamento de cuidados paliativos de Solca (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer), se refiere al dolor como un sistema de alarma del organismo para advertir que algo anda mal, menciona que además de los fármacos existen tratamientos alternativos como la terapia cognitivo conductual que involucra una amplia gama de habilidades de afrontamiento y métodos de relajación para ayudar a prepararse y afrontar el dolor, el cual se puede usar para el posoperatorio, el cáncer y el alumbramiento.

PAREDES, Sara (2011) “El bienestar psicológico del adulto mayor”, manifiesta que la promoción del bienestar psicológico de los adultos mayores en el Ecuador

ha comenzado a adquirir un significado nuevo: los programas de desarrollo para los adultos mayores se van abriendo camino, dando como resultado grandes posibilidades del llamado "envejecimiento con éxito". Deberíamos convenir en que la vejez no es una enfermedad y tampoco puede reducirse a una preparación para la muerte, pues los adultos mayores pueden disfrutar de experiencias nuevas: vivir la alegría de sentirse sabios, tolerantes, queridos, recibir la sonrisa del nieto y regalar el apretón de manos al amigo. Concluyendo que es importante introducir en el Ecuador más programas que promuevan el correcto desarrollo biopsicosocial en el adulto mayor, para de esta manera lograr adultos mayores con un mejor estilo de vida.

Árbol de problemas.

Efectos:



Causas:

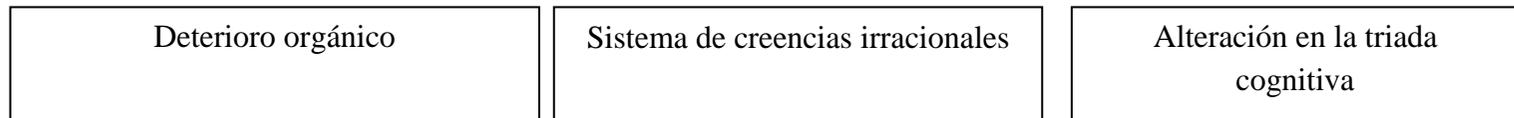


Grafico N° 1: Árbol de problemas

Elaboración: Arias Santiago

1.2.1 Análisis crítico.

Las estrategias de Afrontamiento toma en cuenta los esfuerzos afectivos, cognitivos y psicosociales que un sujeto emplea para poder controlar las situaciones estresantes a fin de reducirlas o eliminarlas.

Las estrategias de afrontamiento son las formas cómo el individuo hace frente a experiencias percibidas como estresantes. Se puede pensar en una diferenciación entre estas estrategias y los denominados mecanismos de defensa; ya que las primeras operan en el nivel consciente en tanto que los segundos son básicamente inconscientes. Por tratarse de un constructo relativamente nuevo dentro del ámbito psicológico, no existen criterios consensuados en cuanto al tipo y número de estrategias que manejan las personas.

Sin embargo no todas las situaciones que los sujetos experimentan pueden ser afrontadas debidamente, puesto que en ocasiones las personas llegan a un estado en el cual se sienten totalmente impotentes y sin recursos, este puede ser el caso del dolor físico.

Actualmente se le considera no solamente una enfermedad, si no que representa un problema de salud pública, ya que constituye una necesidad insatisfecha en el ámbito de la salud física o psíquica incluyendo a la sociedad entera en todos sus estratos.

1.2.3 Prognosis.

Al no promover el desarrollo de un formato de intervención psicológica destinada al manejo adecuado de situaciones estresantes y dolorosas mediante el adiestramiento de recursos de afrontamiento se incrementará los efectos negativos que conllevan el uso estrategias disfuncionales con los que cuenta una persona, haciéndola cada vez mas victima de su dolor y sufrimiento.

1.2.4 Formulación del Problema.

¿Cuál es la prevalencia de las Estrategias Cognitivas de Afrontamiento frente al Dolor Físico que presentan los adultos mayores del asilo Vida a los Años?

1.2.5 Preguntas directrices

1. ¿Cuáles son las principales estrategias cognitivas de afrontamiento que presentan los adultos mayores del Asilo Vida a los Años?
2. ¿Cuál es el nivel de dolor físico que experimentan los adultos mayores del Asilo Vida a los Años?
3. ¿Cómo plantear una solución alternativa al problema para mejorar el afrontamiento al dolor físico de los adultos mayores del Asilo Vida a los Años?

1.2.6 Delimitación del Problema

Delimitación de contenido

Campo: Psicología Clínica

Área: Geriatría

Aspecto: Estrategias Cognitivas de Afrontamiento y el Dolor Físico

Delimitación espacial

La investigación se realizó en el Asilo Vida a los Años ubicados en las calles Cádiz y Vigo (Ciudadela España) de la ciudad de Ambato de la Provincia de Tungurahua.

Delimitación temporal

El trabajo de investigación se realizó en el tiempo correspondiente a los meses de Agosto del 2011 a Mayo del 2012.

Unidades de observación

Adultos mayores hombres y mujeres

Familiares de los adultos mayores

1.3 Justificación.

La importancia de este estudio se basa en la necesidad de incorporar recursos de afrontamiento que garanticen un adecuado manejo de situaciones que resulten dolorosas para las personas, esto mejorará su relación con el dolor y le dará una nueva perspectiva del mismo.

Sin embargo, se ha observado que hay situaciones en las que existen obstaculizaciones en la forma de manejar los problemas lo que desemboca en alteraciones del ánimo, ocasionando en mucho de los casos sentimientos de inutilidad e invalidez. Es por esto que el tema investigado es original ya que dentro de la universidad no se ha realizado un estudio que ponga en evidencia esta clase de situaciones.

En este trabajo se estudian las Estrategia cognitivas de afrontamiento y el Dolor Físico, se exponen algunos de los aspectos más significativos dentro de esta problemática. Donde se intenta que los beneficiados directos sean los adultos mayores del Asilo Vida a los Años y sus familias principalmente, para que posteriormente sean los alumnos, profesores y maestros quienes tengan pleno conocimiento del tema.

Es factible ya que los estudios realizados revelan la necesidad de establecer vías de intervención que permitirán un manejo adecuado y completo de este tipo de situaciones conflictivas, para lo cual se llevara a cabo un proceso de autofinanciamiento.

1.4 Objetivos.

1.4.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de las Estrategias Cognitivas de Afrontamiento frente al Dolor Físico que presentan los adultos mayores del asilo Vida a los Años.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- Identificar las principales estrategias cognitivas de afrontamiento que presentan los adultos mayores del Asilo Vida a los Años.
- Detectar el nivel de dolor físico que presentan los adultos mayores del Asilo Vida a los Años producto de las estrategias cognitivas de afrontamiento.
- Proponer una solución alternativa al problema planteado.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.

2.1 Investigaciones Previas

Las universidades que han realizado trabajos relacionados con el tema en estudio, se encuentra que en el Departamento de Psicología en la Universidad Veracruzana, México “Rasgos de personalidad, Estrategias de afrontamiento y Dolor en pacientes con Diagnóstico de Fibromialgia” (2006) en donde se describe las características de la personalidad, las estrategias de afrontamiento y el dolor de un grupo de pacientes con este diagnóstico en donde se exponen relaciones significativas entre el dolor y respuestas de algunas estrategias de afrontamiento del tipo de personalidad de cada paciente, de esta manera se encuentra que una gran parte de los pacientes con fibromialgia mostraron un elevado nivel de catastrofismo y señalaron que esta creencia desempeña un papel importante en el referido dolor, los estados depresivos, los sentimientos de inutilidad y la aversión e ideación acerca de la muerte, características que correspondían a personas con rasgos neuróticos de personalidad.

En la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, “Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico” (2000) en donde se estudia la relación entre represión emocional, estrategias de afrontamiento y nivel de funcionamiento diario en una muestra de pacientes con cáncer. Los resultados indican que la represión emocional influye sobre el dolor a través de las estrategias activas. También que hay una relación positiva entre estrategias pasivas y dolor y una relación negativa entre estrategias activas y dolor, hallándose una relación incompatible entre ambos tipos de estrategias de afrontamiento

Se demuestra que el patrón conductual de las personas frente al dolor se caracterizó por; pasividad, evitación, supresión de emociones como ira, o ansiedad que usan la represión como mecanismo de afrontamiento. Es decir que parece lógico pensar que las personas caracterizadas por un estilo represivo procuren no molestar a los demás cuando sientan dolor, tomando ellos parte activa en el control del mismo sin hacer partícipes a otras personas, englobándose en una forma de afrontar el dolor bajo el nombre de estrategias activas

La Universidad de Buenos Aires “Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados” (2006). Se describe que las estrategias predominantes de los adultos mayores que vivían en sus domicilios, contaban con más recursos adaptativos que los que habitaban en residencias geriátricas. Al vivir los ancianos en sus propios hogares y ser funcionalmente independientes, es probable que tengan una mayor percepción de control sobre los hechos de la vida cotidiana y, por lo tanto, respuestas predominantemente activas ante los eventos estresantes relatados por ellos, basándose en sus decisiones personales. Mientras que, los que habitaban en una residencia geriátrica que requiere la adaptación a las normas de una institución estructurada, es muy probable que los residentes adoptaran un comportamiento predominantemente pasivo como consecuencia de una menor percepción del control personal.

En la Facultad de Psicología de la Universidad de Belgrano, Argentina “Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires” (2006) se señala la existencia de correlación positiva en las siguientes estrategias: buscar apoyo social, concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, buscar apoyo espiritual, fijarse en lo positivo, ayuda profesional, distracción física. Las estrategias de: no afrontamiento, reducción de la tensión, ignorar el problema, autoinculparse y reservarlo para sí, presentaron una correlación negativa con el nivel de bienestar educativo, familiar y personal.

2.2 FUNDAMENTACIÓN

2.2.1 Filosófica.

El paradigma de la investigación es crítico propositivo como una alternativa para la investigación social que se fundamenta en el cambio de esquemas sociales.

Es crítico porque cuestiona los esquemas sociales y es propositivo cuando la investigación no se detiene en la investigación de los fenómenos sino plantea alternativas de solución en un clima de actividad, esto ayuda a la interpretación y comprensión de los fenómenos sociales en su totalidad.

Uno de los compromisos es buscar la esencia de los mismos. La interrelación e interacción de la dinámica de las contradicciones que generan cambios profundos. La investigación está comprometida con los seres humanos y su crecimiento familiar.

2.2.2 Epistemológica.

Sostiene que el conocimiento va más allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos. Se aspira que el sujeto se caracterice por ser proactivo, participando activamente, fortaleciendo su personalidad y su futura actitud creadora. Esto le llevara a hacia una positiva asimilación proyectiva de la identidad nacional. En este trabajo la ciencia se definen como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos hacia la transformación social y mejor entendimiento familiar.

2.2.3 Ontológica.

En este trabajo se fundamenta en que la realidad está en continuo cambio por lo que la ciencia con sus verdades científicas tiene un carácter perfectible. Entre los seres vivos, el humano para sobrevivir necesita aprender a adaptarse al medio a ser autónomo y utilizar adecuadamente su libertad.

Este tipo de persona que se pretende formar debe ser un ser sensible ante los valores humanos. Tener una actitud de afirmación hacia la existencia y el sentido de la vida; esta base anímica psicológica, espiritual, hace posible y asegura la consistencia moral de la persona. La familia, la escuela, la sociedad, tiene el deber de crear condiciones cada vez mejores para que cada cual pueda descubrir y realizar sus actividades.

2.2.4 Axiológica.

El desarrollo integral del ser humano basado en la práctica de los valores como la responsabilidad, la honestidad, la honradez, la solidaridad y el sentido de equidad; sin descuidar el desarrollo de la inteligencia emocional, con el fin de que formen su carácter y su personalidad y estén en capacidad de formar su vida acertadamente.

El secreto de la educación radica en lograr que el adulto mayor perciba los valores como respuesta a sus aspiraciones futuras, a sus ansias de vida, de verdad, de bien y de belleza, como camino para su inquietud de llegar a ser.

2.2.5 Sociológica.

La investigación se fundamenta en la teoría dialéctica del materialismo histórico donde se encuentra el constante cambio y transformación de la sociedad hacia el desarrollo y progreso. Todo ser humano alcanza la transformación hacia la trascendencia entre el tiempo y el espacio. La sociedad es producto histórico de la interacción social de las personas que es el proceso recíproco que obra por medio dos o más factores sociales dentro del marco de un solo proceso bajo ciertas condiciones de tiempo y lugar, siendo el aspecto económico un factor determinante. Las relaciones humanas se basan en metas, valores y normas, su carácter y sustancias son influidas por formas sociales dentro de las cuales tiene efecto las actividades del ser humano en la vida familiar y social.

Vivimos en una época de transformaciones muy radicales, de gran velocidad e incertidumbre, en el contexto de una progresiva globalización demarcada, creciente disponibilidad de nuevos conocimientos, instantaneidad de las comunicaciones y una mayor toma de conciencia respecto a las consecuencias de la forma de desarrollo basado en la depreciación de los ecosistemas. La exigencia de estos procesos de alcance universal conlleva a la planetarización de las manifestaciones culturales, sociales, y al debilitamiento de las identidades nacionales.

Este enfoque favorece la comprensión y explicación de los fenómenos sociales como esencia del vínculo familia-aprendizaje con el afán de la interrelación transformadora. Además por ser comprometida con valores esenciales del ser humano, la investigación actual será eminentemente participativa. Optamos por

una pedagogía integral y comprometida con el desarrollo de una sociedad más justa y equitativa.

2.2.6 Psicológica.

El enfoque cognitivo-conductual investiga cómo aprendemos, es decir los principios que explican el aprendizaje, tanto de comportamientos deseables como perjudiciales. El qué asimilemos, es algo que depende de la constitución genética y, fundamentalmente, de las experiencias de vida, particulares e intransferibles de cada persona. Algunas de estas enseñanzas nos ayudan a sentirnos bien, a relacionarnos adecuadamente con los demás y a lograr lo que nos proponemos. Otros en cambio, nos generan dolor, resentimiento, dañan nuestra salud y nuestras relaciones interpersonales. A ellos estará dirigida la terapia.

Esta terapia se basa en el aquí y en el ahora, es decir que interviene en la problemática actual del paciente sin restar importancia a los eventos en el pasado, depende de el proceso psicoterapéutico que experimentará el sujeto puede tomando formas según las necesidades reconocidas por el psicoterapeuta y el proceso metodológico. Estas psicoterapias no son "técnicas", sino ciencia aplicada, por lo que suelen constar de un método más o menos definido para lograr unos objetivos según su enfoque teórico de partida.

Existen distintas psicoterapias cognitivas: las más conocidas son (con sus respectivas variantes para cada psicopatología) la terapia de Beck (Aaron T. Beck, centrada en los "pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas"), y la Terapia Racional Emotivo Conductual de Ellis (Albert Ellis, centrada principalmente en las "creencias irracionales". También existe un conjunto de técnicas, estrategias terapéuticas y metodología propias de estas psicoterapias, que procuran ajustarse al método científico de sujeto único (N=1). El principal método terapéutico empleado por Beck es el "Empirismo Colaborativo", en cambio, Ellis utiliza como principal herramienta terapéutica el "Dialogo o Debate Socrático", el cual se encuentra apoyado en el Racionalismo.

CATEGORIAS FUNDAMENTALES

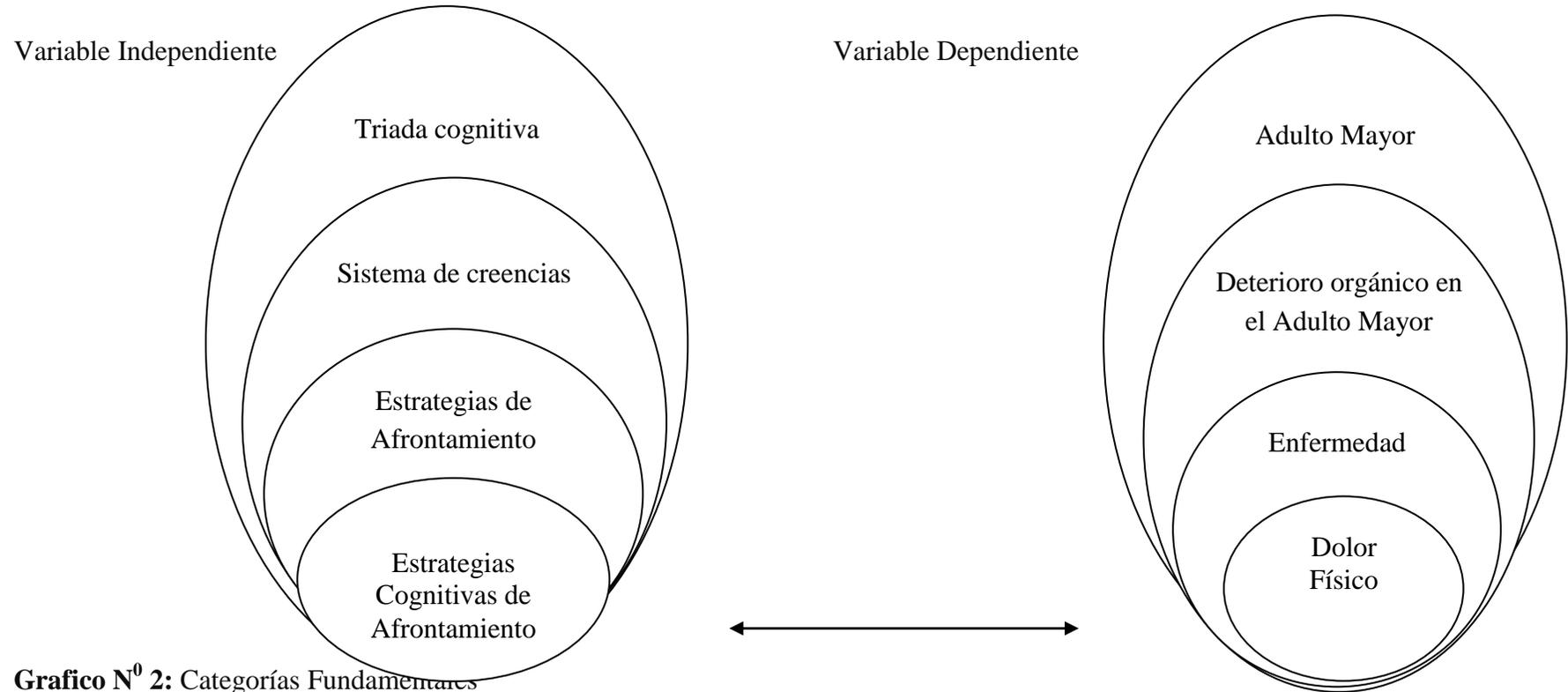


Grafico N° 2: Categorías Fundamentales

Elaboración: Arias Santiago

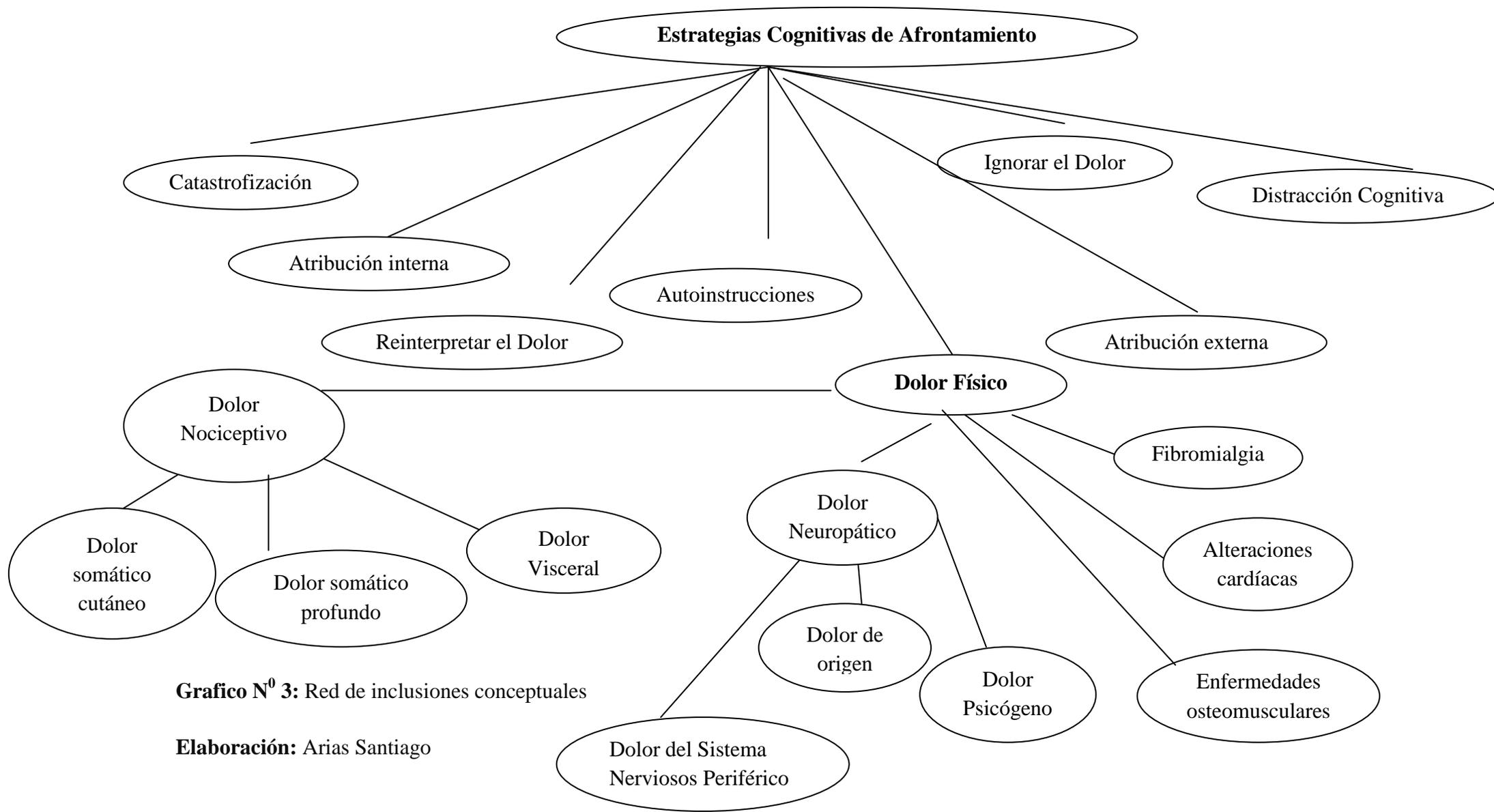


Grafico N° 3: Red de inclusiones conceptuales

Elaboración: Arias Santiago

2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Triada Cognitiva

Existen sesgos cognitivos demostrados empíricamente, entre ellos suelen encontrarse algunos prototípicos en la depresión, conocidos como tríada cognitiva. Paralelamente, experimentos con perros evidenciaron la indefensión aprendida. Este modelo cognitivo consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico.

- El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad.
- El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.
- El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

La teoría cognitiva llama a esto la "tríada cognitiva". La teoría propone además que todo este pensamiento negativo causa que una persona desarrolle un repertorio de hábitos mentales llamados "esquemas" o mapas mentales" que saltan a la acción y refuerzan el sistema de creencias de la persona.

Sistema de creencias

Es la forma por la cual nosotros damos significado a las cosas y coherencia a nuestro propio modelo de mundo; este Sistema de creencias no necesariamente es igual o lo compartimos con otras personas porque se instalan de una forma distinta en cada individuo, esto va dependiendo del tipo de familia, los medios de comunicación y nuestras propias experiencias y pensamientos, a partir de esto se nos instalan de forma sólida en nuestra vida y nos acompañan durante lo largo de esta. Es por esto que es muy difícil cambiarlas ya que nos acompañando desde pequeños, al momento de dudar de algunas de nuestras creencias se nos produce un sentimiento de confusión y en cierta manera nos desequilibramos.

Nosotros no vivimos la realidad en sí, sino una elaboración mental de la misma. Lo que hace que la vida sea un constante manantial de esperanza y ricas alternativas o una inevitable fuente de sufrimiento. Lo que vivimos tal como lo vivimos, depende más de la representación y elaboración de nuestro mapa mental, que del territorio "real" en sí. Por lo tanto el mapa no es el territorio. (Korzybsky, 1993)

A través de nuestro sistema de creencias y valores damos significado y coherencia a nuestro modelo del mundo, ya que nos ubican en él y se configuran través de nuestras experiencias personales. Cuando una creencia se instala en nosotros de forma sólida y consistente, nuestra mente elimina o no tiene en cuenta las experiencias que no encajan con ella.

Es por eso que se dice que hay una diferencia insalvable entre la realidad existente (Territorio) y la experiencia que tenemos de esa realidad (Mapa).

Estrategias de Afrontamiento

Kemppainen, Eller, Bunch, Hamilton, (2006) refieren que las estrategias de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son las que determinarán su estabilidad temporal y situacional. Por ejemplo, algunas personas tienden, casi de forma invariable, a contarles sus problemas a los demás, mientras que otras se los guardan para sí mismos.

Hay 3 tipos generales de estrategias (dominios) de afrontamiento, que se corresponderían a otros tantos estilos de afrontamiento:

1. Afrontamiento afectivo

Es centrarse en mantener el equilibrio afectivo, o aminorar el impacto emocional de la situación estresante (Agresión pasiva, Aislamiento, Apoyo social, Autocontrol, Catarsis, Escape/evitación, Supresión).

3. Afrontamiento conductual

Es afrontar la situación estresante de forma directa, a través de un proceso que optimice el resultado, o bien no reaccionar de ninguna manera, ni empleando ninguna estrategia de las anteriores (Afrontamiento directo, Anticipación, Autoafirmación, Falta de afrontamiento, Planificación, Postergación)

3. Afrontamiento cognitivo

Buscar un significado al suceso (comprenderlo), valorarlo de manera que resulte menos aversivas, o enfrentarlo mentalmente (Aceptación, Autoanálisis, Humor, Poder mental, Preocupación, Reestructuración cognitiva).

Estrategias cognitivas de afrontamiento

- Catastrofismo

Es la tendencia a percibir o esperar catástrofes sin tener motivos razonables para ello. Por ejemplo, un pequeño dolor de cabeza significa que este apareciendo un cáncer.

- Autoanálisis (auto-observación, autocrítica)

Reflexionar sobre los propios pensamientos, motivaciones, sentimientos y comportamientos, reconociendo la propia responsabilidad.

- Humor

El sentido del humor permite afrontar conflictos, o situaciones potencialmente angustiantes, de forma humorística, acentuando los aspectos cómicos o irónicos.

- Poder mental

Esta propuesta incluye la estrategia “Apoyo espiritual”, donde el fenómeno más saliente es el de la sugestión (confiar en un curandero o líder espiritual, rezar) y “Dejar que Dios se ocupe del problema”.

- Autoinstrucciones

Tratan de fomentar el autocontrol de la persona. Consisten en usar frases y comentarios que fomentan la concentración en el objetivo, la realización de una determinada tarea.

La persona repite estas frases y adapta sus pensamientos de tal forma que la frase acabe siendo inductora de su comportamiento.

- Reestructuración cognitiva (reevaluación positiva)

Modificar el significado de la situación estresante, especialmente atendiendo a los posibles aspectos positivos que tenga, o haya tenido

- Distracción cognitiva

Se intenta inducir pensamientos, imágenes, y sensaciones incompatibles con las ansiosas o preocupaciones, a fin de poder disminuir la influencia del problema en la persona. Como por ejemplo la relajación, rompiendo sus círculos viciosos.

- Desconexión cognitiva

Apartarse del problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que afecte

- Supresión

Consiste en la evitación intencional de ideas, recuerdos (pensar en problemas), deseos, sentimientos, impulsos o experiencias que son desagradables (que producen malestar).

- Atribución Interna y Externa

Interna.- La causalidad se asigna a un factor, a un agente o a una fuerza exterior. Los factores externos se salen fuera de control. Se percibe que no tiene ninguna opción. Entonces su comportamiento está influenciado, limitado o aún totalmente determinado por influencias fuera de su control. Por lo que la persona se percibe como no responsable por su comportamiento. Se la llama también Atribución circunstancial.

Externa.- La causalidad se asigna a un factor, a un agente o a una fuerza interior. Los factores interiores caen dentro de su propio control. El comportamiento no es influenciado, limitado o totalmente determinado por influencias fuera de su control. Por lo tanto, se asume la responsabilidad. Se le conoce también como Atribución Disposicional.

- Autoafirmación (respuesta asertiva)

Reacción que expresa directamente los pensamientos o sentimientos de forma no agresiva, coercitiva, ni manipuladora (asertividad)

VARIABLE DEPENDIENTE

Adulto Mayor.

Carmen Vásquez, doctora especializada en la senectud, refiere que es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos vitales ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de existencia con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono. Otra opción muchas veces tomada por los familiares consiste en los asilos que se especializan en sus cuidados (de todas maneras hay que considerar que en la actualidad estos centros o casas de reposo para el adulto mayor se han sofisticado, implementando personas especializadas en rehabilitación física, terapias grupales, ocupacionales y los más sofisticados de entre estos establecimientos cuentan con comodidades como spas, gimnasios, que ayudan a sobrellevar de una mejor manera la vida del adulto mayor, de esta manera los familiares los dejan en estos centros especializados, para efectuar las actividades que realizan en su vida cotidiana.

Deterioro Orgánico del Adulto Mayor

El envejecimiento es un proceso progresivo natural del ser humano, que cada persona experimenta con diferente intensidad. En la actualidad es difícil establecer el comienzo de esta etapa de la vida en función exclusiva de la edad debido a la creciente longevidad que se observa en las sociedades occidentales. No obstante se considera que una persona es anciana a partir de los 65 años reservando el término de muy anciano para los que superan los 80.

Estadísticas realizadas a cerca de este proceso en los países occidentales nos revelan de forma ascendente que el estrato de población que más está creciendo es el de las personas que sobrepasan los 65 años de edad.

El envejecimiento se inicia en la edad adulta, cuando se comienza a sufrir deterioro orgánico de la evolución. En este momento de la vida se detiene la madurez de las funciones orgánicas, pero a partir de ahí es que empieza un

periodo involuntario del que nadie puede escapar. Es un fenómeno irreversible en el que se producen una serie de cambios que provocan una modificación de los parámetros fisiológicos morfológicos y psicológicos en los seres vivos a consecuencia del tiempo esta modificación consiste en un deterioro natural del funcionamiento adecuado del organismo provocando algunas afecciones como por ejemplo la disminución de funciones cardio- respiratorias ocurren cambios en el sistema cardiovascular y el principal problema que se produce es el endurecimiento de las paredes arteriales. Se debe, por un lado, a la pérdida de elasticidad del tejido arterial y venoso y que se puede considerar propio de la edad. Y, por otro lado, puede ser consecuencia de una dieta rica en grasas. Sea por el motivo que fuera, esta situación produce una elevación de la presión arterial (hipertensión), factor a tener muy en cuenta en el establecimiento de una dieta. Otra alteración que afecta al sistema cardiovascular es la concentración de colesterol en sangre, y que en las personas de avanzada edad suelen estar elevados, mermando así la capacidad funcional en adulto mayor. Este fenómeno no ocurre únicamente debido a la vejez, también puede existir algún tipo de enfermedad asociada a este como trastornos endocrinos, circulatorios, artrosis, diabetes u otro sumándole a estos algunos factores de riesgo como el tabaquismo y el sedentarismo.

Todo esto no significa que la vejez es una enfermedad, pero si trae apareada a ella algunas limitaciones las cuales hay que tener en cuenta durante la atención y el trabajo físico con el adulto mayor.

El envejecimiento puede ser normal y es compatible con el estado de salud en la medida que se acompañe de un buen ajuste social y un juicio personal de bienestar vital. Y es patológico cuando se lo considera como sinónimo de enfermedad, el apellido patológico es contundente. La salida de los bordes de esa normalidad, funcional o estadística, constituye de por sí una de las propiedades de la enfermedad

Enfermedad

La enfermedad acontece a cualquier edad, pero en la ancianidad se presenta y configura su evolución de un modo diferente. El envejecimiento es el cimiento en el que se eleva, más a la vez es elemento modulador. Las notas que caracterizan el envejecer son:

- Deterioro de los sistemas y las funciones: originados por el desgaste de los años vividos.
- Menor adaptabilidad: por disminución de los mecanismos de reserva de los órganos.
- Mayor enfermabilidad: favorecida por la incrementada vulnerabilidad orgánica y psíquica.
- Disminución del valimiento personal: causado por la reducción en la capacidad de ser autónomo.
- Tendencia al aislamiento: al no disponer de suficiente recursos psicofísicos para permanecer en la corriente social dominante.
- Sensación de acabamiento: sostenido por la menor vitalidad y disponibilidad personal y la amenaza que representa la última edad.

Para Rowe el envejecimiento humano muestra como notas definidoras el ser:

- Lineal, como proceso que se extiende a lo largo de la vida y que cristaliza en un determinado momento.
- Inevitable, ya que no puede detenerse salvo en la muerte.
- Variable, por no ser semejante en los individuos que nacieron en la misma época y situación.

- Asíncrono, pues no se produce con el mismo grado de desgaste en los diferentes órganos.

Un hecho de gran interés, deducido de lo anterior, es la individualidad del envejecer. Plantear la atención de la persona mayor desde este principio conducirá a considerar que siendo cada ser diferente en su proceso de envejecimiento, también lo será en sus necesidades y, por ende, en su enfermedad y tratamiento. En el marco de la planificación asistencial, conducir los recursos para que siempre se destinen a la persona en concreto al final de cualquier intervención, debería ser la praxis fundamental.

En el proceso del envejecer se pueden diferenciar, sumariamente cinco elementos causales: la herencia, la configuración física, la personalidad, la biografía y el entorno. Estos factores son los mismos que van a influir en la enfermedad. Este es un argumento más para resaltar el gran parentesco que existe entre envejecimiento y enfermedad. Existen diferencias, es cierto, pero no siempre notorias. Suele fundirse en el sentir y en el lenguaje de la gente el ser viejo y el estar enfermo. Es común escuchar "La peor enfermedad es ser viejo", refiriéndose a los males que llegan con los años. Bien es verdad que el límite entre enfermedad y envejecimiento es generalmente borroso, y que se precisa experiencia y medios diagnósticos para deslindar decididamente el uno del otro.

Los cambios que se producen en los diversos órganos y sistemas del organismo de la persona que envejece, puede, en no pocas ocasiones, confundirse con los síntomas de una enfermedad. Y es que la enfermedad en los mayores posee unas peculiaridades que no permiten resaltar nítidamente sus perfiles. Evans escribía que "dibujar la distinción entre el envejecimiento normal y el patológico es como separar lo indecible de lo inefable".

El envejecimiento normal es compatible con el estado de salud en la medida que se acompañe de un buen ajuste social y un juicio personal de bienestar vital. El envejecimiento patológico es sinónimo de enfermedad, el apellido patológico es contundente. La salida de los bordes de esa normalidad, funcional o estadística, constituye de por sí una de las propiedades de la enfermedad.

La enfermedad es una de las notas características del envejecer y viene condicionada por la vulnerabilidad de la edad avanzada. Antes de exponer el hecho básico en patología geriátrica, que es el diferente modo de enfermar con respecto a otras edades, conviene conocer cuál es la definición de enfermedad. Una de las más valiosas, y de plena aplicación al envejecer, es la de Lain Entralgo: "Es un modo de vivir personal aflictivo y anómalo, reactivo a una alteración corporal, en la que padecen las acciones y funciones vitales, por el cual el individuo vuelve al estado de salud, muere o queda en deficiencia vital permanente" Para este autor las vivencias de la enfermedad están constituidas por:

- Invalidez, al no poder realizar lo que quiere o lo que necesita.
- Molestia, en cualquier grado de afectividad que se extiende desde el disconfort al dolor visceral.
- Amenaza, al sufrir la pérdida de la integridad de las funciones y hacerse próxima la sensación de la disolución vital.
- Succión, al atenazar la atención de la persona las sensaciones del desajuste orgánico.
- Soledad, determinada por la imposibilidad de transmitir las vivencias que la enfermedad acarrea.
- Anomalía, nacida de la clara percepción de que los sanos se hallan en el ámbito de la normalidad.
- Recurso, por servir siempre de centro de los cuidados del entorno humano que le asiste o por aprovechar la enfermedad para obtener otros beneficios legales, laborales o sociales.

De estas vivencias en la enfermedad de los mayores hay que subrayar la invalidez, la amenaza, la imantación por el cuerpo, la molestia y la soledad, ya que al estar impresas en el propio envejecimiento, se harán más densas y significativas.

Al igual que sucedía con el envejecimiento, la causalidad de las enfermedades en la vejez se sitúa en cinco planos: el genético, el estado premórbido, la historia previa de sus patologías, la personalidad y el entorno.

Aquí el hecho constitucional del envejecer se substituye por la historia de enfermedad del individuo y por el estado de salud o enfermedad previo a la aparición de la enfermedad. El código genético mantiene una gran relevancia como factor etiológico en la enfermedad de la vejez. Lo mismo sucede con el estado premórbido, la situación en la que se encuentra el anciano antes de presentarse cualquier proceso, tal y como sucede en los cuadros que han de resolverse mediante intervenciones quirúrgicas. La historia de sus anteriores enfermedades permitirá anticipar como se desenvolverá cualquier proceso que emparente con aquellos. La personalidad y la biografía matizarán la respuesta personal a la acción patógena. Y por último, el entorno, será otro elemento causal de notable importancia en el inicio y en la evolución de cualquier proceso patológico. Sirva de ejemplo la neumonía en el medio hospitalario o en la comunidad, tanto por su etiología como por la facilidad con que su convalecencia se llevará a cabo en el medio familiar.

La enfermedad en la vejez presenta unas propiedades que la diferencian significativamente de lo que acontece en otras edades. Estas son:

1. La multicausalidad, por la intervención de distintos planos, tanto exógenos como intrínsecos, como se ha descrito en párrafos anteriores. El cortejo causal, con un factor principal y varios secundarios, es una sobresaliente propiedad en el perfil diferencial de la vejez.
2. La polipatología, ya que son diversos sistemas y funciones los que participan en la enfermedad. Al igual que en la etiología, se puede distinguir uno principal y los demás subordinados. Es constante que los sistemas cognitivos y psíquicos se vean siempre afectados.

3. La tendencia a la cronicidad, debido a la lentitud en la reparación de las lesiones y de los trastornos funcionales, que no serán únicos, sino siempre diversos.

4. El riesgo de invalidez, efecto de la dificultad de alcanzar el grado óptimo de recuperación funcional en las últimas fases de la enfermedad, siempre con afectación múltiple de órganos y sistemas.

5. La opacidad sintomática, por la pobreza de la semiología y por el enmascaramiento de los signos en la compleja expresividad que emana de la amplia participación orgánica.

6. La prudencia terapéutica basada en la vulnerabilidad de los ancianos, referida en este caso a la acción de los fármacos y al habitual empleo de varios de ellos.

Según Juan Carlos Morales Ruiz Médico Gerontólogo, creador de varios formatos para “Valoración Gerontológica” manifiesta que no existen enfermedades propias de los ancianos, aunque un buen número de ellas presentan mayor prevalencia en esta edad y su expresión clínica es distinta a la de otras edades. Eso sucede con la Demencia Senil. Aunque hay algunos casos que tienen su comienzo antes de los 65 años, la mayoría lo hace después, y su prevalencia va aumentando conforme la edad se incrementa. Sucede lo mismo con el cáncer, las fracturas, la insuficiencia cardíaca, las cataratas, etc.

Considerar la enfermedad como situación es una de las características de la Geriátrica, que posee un gran valor práctico para programar la intervención terapéutica frente a ella. Esta situación está conformada por el individuo enfermo, los factores causales que intervienen en la enfermedad, la manera como esta se manifiesta, el entorno familiar y físico en que se desarrolla y los recursos asistenciales de los que puede disponer. La terapéutica integral que debe adaptarse en cada caso, ha de tener presente estos elementos para conseguir la eficacia que es precisa. Por eso la praxis geriátrica se constituye como una tarea integradora según la cual, el enfermo y su circunstancia exigen una actuación en niveles de

atención, pero siempre globalizadora, combinando los momentos parciales para alcanzar un final sintetizador.

Si se acepta que la enfermedad en la vejez, por sus características y por constituirse como situación, se muestra diferente sustancialmente a la de otras épocas de la vida, ha de aceptarse también que la Geriatria posee en ello un sólido argumento para su conformación e individualización como ciencia médica. Y no porqué la atención de los mayores haya de ser exclusiva o preferente competencia de los geriatras. Lo fundamental es entender que, cualquier profesional sanitario que posea responsabilidad asistencial en el campo de la vejez, debe inexcusablemente, conocer la materia científica que corresponde a esta edad. Una formación en Geriatria y en Gerontología es imprescindible para garantizar una correcta atención sanitaria a los mayores, en particular en los niveles primarios. La especialidad de Geriatria se dedicará a la asistencia médica en los medios de alta densidad de ancianos, residencias, unidades hospitalarias de geriatría, Centros de Día, etc., o allí donde la patología y sus consecuencias invalidantes originen una problemática asistencial.

Dolor Físico

Kahn médico especializado en gerontología, manifiesta que el dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada con una lesión de un tejido que abarca la evaluación de numerosas dimensiones.

El dolor se clasifica:

- Según su duración

El dolor puede ser agudo o crónico. El dolor agudo es el que tiene una duración limitada (unas horas o unos pocos días), y el crónico es cuando se prolonga en el tiempo (al menos tres meses).

El dolor agudo representa un aviso sobre la existencia de una lesión que es necesario diagnosticar y tratar. Se puede considerar como un dolor útil, ya que avisa de la existencia de un proceso y orienta el diagnóstico por su localización, extensión, naturaleza, duración e intensidad. Por tanto, tiene una finalidad protectora, es un sistema de alerta. Se equipara al dolor síntoma o dolor señal. Su tratamiento será el de la causa que lo motiva.

El dolor crónico se equipara al dolor enfermedad. En el dolor crónico existen componentes psicoafectivos que facilitan la fijación del dolor, lo que a su vez producirá en el enfermo y su ambiente un importante estrés físico, emocional, social y económico,

Por otro lado, el dolor crónico se divide, a su vez, en dolor crónico benigno, que es aquél provocado por una enfermedad que no atenta contra la vida del enfermo (migraña, lumbalgia, artrosis, etc.), y maligno, que es aquél provocado por una enfermedad que va a terminar con la vida del paciente (por ejemplo, el cáncer).

- Según su intensidad

Puede ser Dolor leve, Dolor moderado y Dolor grave

- Según su origen

Se clasifica en Dolor Nociceptivo, Neuropático que puede ser periférico o central y el dolor psicógeno.

El dolor Nociceptivo incluye:

- Dolor somático cutáneo

La piel contiene más terminaciones nerviosas sensitivas que cualquier otro órgano del cuerpo, lo que permite localizar las lesiones con precisión.

Para la descripción del dolor cuando está afectada la piel, se suelen utilizar las palabras cortante o quemante, mientras que si están afectados los vasos sanguíneos se utiliza el término pulsante.

Las lesiones que afectan a las terminaciones nerviosas de la piel producen un dolor de tipo comezón, hormigueante, punzante o en forma de escozor.

Cuando se presentan alteraciones durante el proceso de reparación de los troncos nerviosos se produce un dolor quemante en el área de distribución del nervio.

- Dolor somático profundo

El dolor producido por los procesos articulares agudos está bien localizado, y se describe como agudo opresivo, tirante y pulsante. En los procesos articulares crónicos, se experimenta un dolor de tipo sordo al que se superpone otro de carácter lancinante condicionado por los movimientos de la articulación.

El dolor de origen óseo no está tan bien localizado como el de origen articular. Es descrito como un dolor profundo, que puede ser pulsante cuando se acompaña de

fenómenos inflamatorios. El dolor de origen muscular está mal localizado y se describe como un dolor mate.

Los estudios realizados en cuanto a la sensibilidad muestran que el periostio (capa más superficial del hueso) es el tejido más sensible, seguido por los ligamentos y tendones. Los músculos son los menos sensibles.

- Dolor visceral

En presencia de inflamación, la pleura (capa que recubre al pulmón), el pericardio (capa que recubre al corazón) y el peritoneo (capa que recubre al intestino) dan lugar a un dolor importante que varía en intensidad con el movimiento y que se describe como una puñalada, lancinante, cortante u opresivo.

A nivel intestinal, se origina un dolor de tipo mordiente ante una perforación; o bien otro de carácter intermitente, conocido como cólico, ante una distensión o una obstrucción.

Los dolores de tipo cólico se presentan también en otras estructuras distensibles del interior del abdomen tales como la vesícula biliar, los conductos biliares y los uréteres.

En el caso de la vejiga urinaria, la obstrucción del flujo (orina) produce la dilatación de la misma con sensación de dolor opresivo que puede alcanzar niveles insoportables.

El Dolor Neuropático incluye:

- Dolor del sistema nervioso periférico

Las causas pueden estar en relación con lesiones o enfermedad de los nervios periféricos (el ciático, por ejemplo), como compresión, irritación o enfermedades infecciosas. La distribución característica permite localizar el nervio o raíz afectados.

- Dolor de origen central

En otras ocasiones, el dolor puede estar en relación con lesiones o enfermedades del sistema nervioso central, bien a nivel medular o bien a nivel cerebral, y que afectan a regiones más extensas del cuerpo.

- El Dolor psicógeno

El dolor psicógeno no tiene un claro origen orgánico, sino características psicósomáticas, derivadas de una patología psiquiátrica más o menos importante.

Se presenta en individuos con una personalidad alterada, ansiosos, depresivos, neuróticos, etc.

Es un dolor que no obedece a ningún patrón neurológico definido y suele ser resistente a cualquier tipo de tratamiento, sea farmacológico o quirúrgico.

2.5 Hipótesis

2.5.1 General:

- La estrategias cognitivas de afrontamiento influyen en el dolor físico que presentan los adultos mayores del asilo Vida a los Años

2.5.2 Particular:

- La principal estrategia cognitiva de afrontamiento ante el dolor físico es el Catastrofismo.
- Más del 50% de los adultos mayores presentan dolor físico en el sistema nervioso.

2.6 Señalamiento de Variables

Las estrategias cognitivas de afrontamiento y el dolor físico de los adultos mayores.

2.6.1 Variable Independiente

Las estrategias cognitivas de afrontamiento.

2.6.2 Variable Dependiente

El dolor físico de los adultos mayores.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Enfoque de la Investigación

El investigador acoge en su trabajo el enfoque critico propositivo ya que la finalidad de la investigación fue la comprensión y la identificación de las potencialidades de cambio que producen una acción social trasformadora. El trabajo se realizará mediante hipótesis de carácter cuanti – cualitativo. Cuantitativo por que se recaba información que fue sometida a análisis matemático. Cualitativo por que los resultados obtenidos pasan a la criticidad autorreflexiva con soporte del Marco Teórico

3.2 Modalidades de la Investigación.

3.2.1 Bibliográfica y documental.

El trabajo de grado tiene información secundaria sobre el tema de investigación obtenidos a través de libros, textos, módulos, periódicos, revistas, Internet, así como de documentos válidos y confiables a manera de información primaria.

3.2.2 De campo.

El investigador acude a recabar información en el lugar en donde se producen los hechos para así poder actuar en el contexto y transformar una realidad.

3.2.3 De intervención Social o Proyecto Factible.

El investigador no se conforma con la observación pasiva de los fenómenos sino que además, realizará una propuesta de solución al problema investigado.

3.3 Tipo de Investigación.

La investigación lleva al nivel de asociación de variables por que permite estructurar predicciones a través de la mediación de las relaciones entre variables. Además se puede medir el grado de relación entre variables y a partir de ello, determinar tendencias o modelos de comportamiento mayoritario

.3.4 Población y Muestra.

La realización de esta investigación se lleva a cabo en el Asilo “Vida a los Años” del Cantón Ambato, de la Provincia del Tungurahua, con la participación de los adultos mayores que asisten al asilo. Los estratos que se seleccionaron son los siguientes ya que utilizamos una población finita.

COMPOSICION	CANTIDAD
Adultos mayores internos	15
Adultos mayores externos	5
Total	20

En virtud de la población obtenida, no es necesaria la obtención de una muestra representativa, ya que las cifras no variaron significativamente de la población total.

3.5 Operacionalización de las variables

Variable Independiente: Estrategias cognitivas de afrontamiento

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Las formas cómo el individuo hace frente a experiencias percibidas como estresantes mediante esfuerzos cognitivos, que un sujeto emplea para poder controlar las situaciones estresantes a fin de reducirlas o eliminarlas.	Afrontamiento Cognitivo Atribución Externa e Interna	Buscar un significado al suceso (comprenderlo), valorarlo de manera que resulte menos aversivas, o enfrentarlo mentalmente	Cuestionario de las Estrategias de Afrontamiento CSQ (Rodríguez Cano y Blanco 2004)	T:Entrevista I:Cuestionario CSQ

Cuadro N° 1. Estrategias cognitivas de Afrontamiento

Fuente: R, Lazarus Estrés y procesos cognitivos

Elaboración: Arias Santiago

Variable Dependiente: Dolor físico

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
El dolor físico es una experiencia sensitiva desagradable asociada con una lesión de un tejido que abarca la evaluación de numerosas dimensiones.	Valoración Médica	Nociceptivo Neuropático	Ficha Médica	T:Entrevista I: Ficha médica

Cuadro N° 2. Dolor físico

Fuente: J. Loeser Terapéutica del dolor

Elaboración: Arias Santiago

3.6 Técnicas e Instrumentos

- **Entrevista:** Dirigida a los adultos mayores hombres y mujeres internos y externos que asisten al asilo Vida los Años
- **Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento:** Anexo I para obtener información acerca de las principales estrategias de afrontamiento que manejan.
- **Ficha médica:** Anexo II que se encarga de determinar el tipo de dolor físico que presenta el adulto mayor.
- **Historia Clínica Psicológica:** Anexo III para obtener datos específicos acerca del motivo de consulta y el desarrollo del problema.

Validez y confiabilidad

La validez de los instrumentos vino dada por la técnica llamada “Juicio de expertos” mientras que, su confiabilidad se lo hizo a través de la aplicación de una prueba piloto a un grupo reducido de iguales características del universo investigado, para detectar posibles errores y corregirlos a tiempo, antes de su aplicación definitiva.

3.7 Recolección de información

La prueba para evaluar la efectividad de las técnicas e instrumentos se la realizó con una muestra de 20 adultos mayores (ancianos hombres y mujeres de entre 60 - 75 años) externos e internos en el Asilo vida a los Años. Todo esto se llevó a cabo en primera semana de Agosto del 2011 en donde se procedió a aplicar los dos reactivos después de una entrevista previa. En primer lugar se aplicó Cuestionario de las Estrategias de Afrontamiento CSQ (Rodríguez Cano y Blanco 2004), para detectar las principales estrategias cognitivas que presentan los adultos mayores de este centro de cuidado para la tercera edad. Luego se procedió a determinar el dolor físico, que presentan los pacientes a través de una ficha médica, la cual detalla el tipo de enfermedades que presentan cada uno de ellos. El cuestionario de estrategias de afrontamiento CSQ fue aplicado posteriormente a las escalas en el tiempo correspondiente a la tercera semana de noviembre, este instrumento se aplicó oralmente para evitar la omisión en algunas de las respuestas por parte de

los adultos mayores. Las indicaciones de los instrumentos se emitieron 5 minutos antes del tiempo establecido para la realización de ambos instrumentos, para despejar dudas con respecto a la aplicación se explicó el motivo de la prueba y su aplicación.

En la primera semana de Diciembre se recolectó los datos totales de los dos reactivos, lo cual se llevo a cabo de manera satisfactoria puesto que no se presentaron dificultades. El lugar donde se realizó la aplicación fue en el Asilo Vida a los Años.

3.8 Procesamiento de la información.

La revisión de la información recogida se llevó a cabo durante la tercera y la cuarta semana de Enero del 2012, concluyendo este proceso sin dificultades ya que las escalas fueron llenadas en su totalidad y la contestación de los ítems correspondientes al cuestionario fueron llenados por completo sin ningún error.

En cuanto a la Tabulación toda la información recogida proveniente de las escalas tanto numérica, analógica y de expresión facial y del cuestionario de estrategias de afrontamiento CSQ, fue llevada a una hoja de registro general de donde se pudo clasificar de mejor manera las respuestas.

Se procedió a realizar un cuadro general de resultados de la primera variable acerca de los índices de dolor físico derivados de las diferentes escalas. Así también se llevo a un cuadro de resultados generales del cuestionario de estrategias de afrontamiento, y se procedió a realizar tablas y graficas correspondientes a cada una de las preguntas del cuestionario CSQ.

Finalmente la información obtenida de cada variable y su respectivo cuadro e interpretación así como los resultados obtenidos culminaron a finales de la cuarta semana de Febrero sin cambios ni modificaciones.

ANEXO I

Objetivo: Obtener información acerca de las estrategias cognitivas de afrontamiento

Cuestionario		
Número de Adultos Mayores	Puntuación	Interpretación
1.	85	Autoinstrucciones (AUT)
2.	80	Fe y Plegarias (FEP)
3.	85	Autoinstrucciones (AUT)
4.	95	Fe y Plegarias (FEP)
5.	85	Fe y Plegarias (FEP)
6.	85	Autoinstrucciones (AUT)
7.	90	Fe y Plegarias (FEP)
8.	99	Catastrofismo (CAT)
9.	99	Fe y Plegarias (FEP)
10.	90	Catastrofismo (CAT)
11.	99	Esperanza (ESP)
12.	95	Esperanza (ESP)
13.	99	Catastrofismo (CAT)
14.	99	Esperanza (ESP)
15.	95	Fe y Plegarias (FEP)
16.	80	Distracción Cognitiva (DIC)
17.	80	Conductas Distractoras (CDI)
18.	90	Fe y Plegarias (FEP)
19.	99	Fe y Plegarias (FEP)
20.	95	Catastrofismo (CAT)

RESULTADOS								
TOTAL	CAT	CDI	AUT	IDO	RDO	ESP	FEP	DIC
	20%	5%	15%	0%	0%	15%	40%	5%

Cuadro N° 3 Respuestas del cuestionario de estrategias de afrontamiento

Elaboración: Arias Santiago

ANEXO II

Objetivo: Determinar el tipo de dolor físico relacionado a enfermedades que presenta el adulto mayor. Para lo cual me basé en el literal 5.

FICHA MÉDICA

Dolor Físico (Enfermedades)	Número de Casos	Porcentaje %
Aparato Digestivo	3	15%
Sistema Cardio-vascular	4	20%
Aparato Respiratorio	4	20%
Sistema Urinario	3	15%
Aparato Osteomuscular	4	20%
Sistema Nervioso	2	10%
TOTAL	20	100%

Cuadro N° 4: Respuestas derivadas de la ficha médica

Elaboración: AriasSantiago

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

4.1 Análisis e interpretación del aspecto cuantitativo y cualitativo del Cuestionario

ANEXO I

En este cuestionario sólo se utilizaron las preguntas que tienen que ver con las **estrategias cognitivas de afrontamiento**. (preguntas: 2, 3, 5, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 22, 23, 25, 26, 27, 31, 33, 34, 36, 37, 39)

Objetivo: Obtener información acerca de las estrategias cognitivas de afrontamiento.

Estrategias de Afrontamiento	Número de adultos mayores	Porcentaje %
Catastrofismo (CAT)	4	20%
Distracción Cognitiva (DIC)	1	5%
Autoinstrucciones (AUT)	3	15%
Ignorar el Dolor (IDO)	0	0%
Reinterpretar el Dolor (RDO)	0	0%
Esperanza (ESP)	3	15%
Fe y plegarias (FEP)	8	40%
Conductas Distractoras (CDI)	1	5%
Total	20	100%

Cuadro N^o 5: Respuestas derivadas de las escalas

Elaboración: AriasSantiago

Nota: Las últimas tres opciones, no corresponden a Estrategias Cognitivas de Afrontamiento, debido a que son de carácter afectivo y conductual, pero se las mencionó en los resultados generales como referencia al test aplicado.

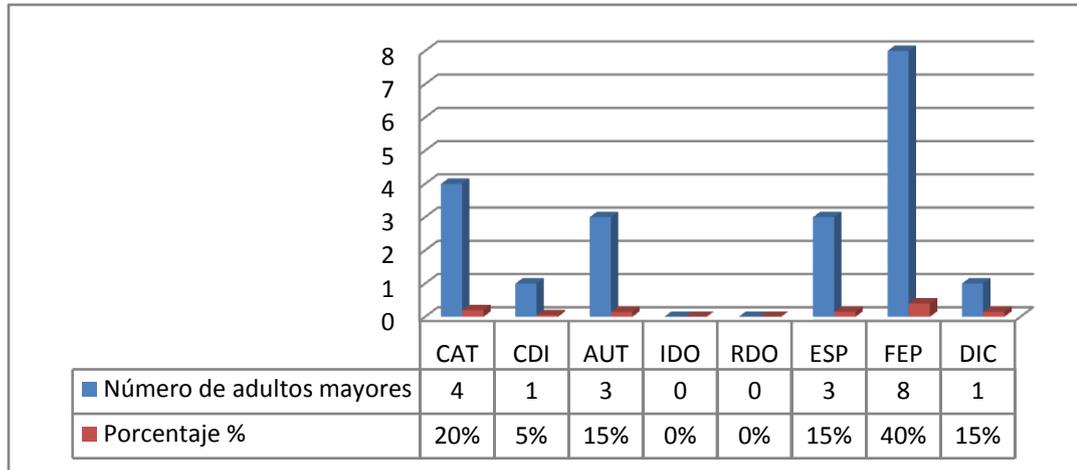


Gráfico N° 4: Respuestas del cuestionario de estrategias de afrontamiento

Elaboración: AriasSantiago

Análisis.

Del total de la población encuestada el 40% de ella presenta estrategias cognitivas de afrontamiento de Fe y Esperanzas, ante el dolor físico, el 20% utiliza la Catastrofización ante el dolor, el 15% utiliza Autoinstrucciones, la Esperanza y la Distracción Cognitiva. Mientras que el 5% utiliza Conductas Distractoras un 0% utiliza Ignorar el dolor y Reinterpretar el dolor.

Interpretación

Estos resultados nos indican que la mayoría de las personas encuestadas ante la presencia de dolor físico recurren cognitivamente al apoyo de la fe y las plegarias en un ser divino como respuesta principal para reducir la intensidad del dolor, debido a que la cultura católica es muy arraigada en nuestro país, y las creencias hacia un ser divino por lo general dan como resultado paz espiritual al adulto mayor.

2. Creo que no puedo más

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	1	5%
Casi nunca	1	5%
Pocas veces	2	10%
A veces	3	15%
Muchas veces	6	30%
Casi siempre	3	15%
Siempre	4	20%
Total	20	100%

Cuadro N° 6: Anexo 1(pregunta dos)

Elaboración: AriasSantiago

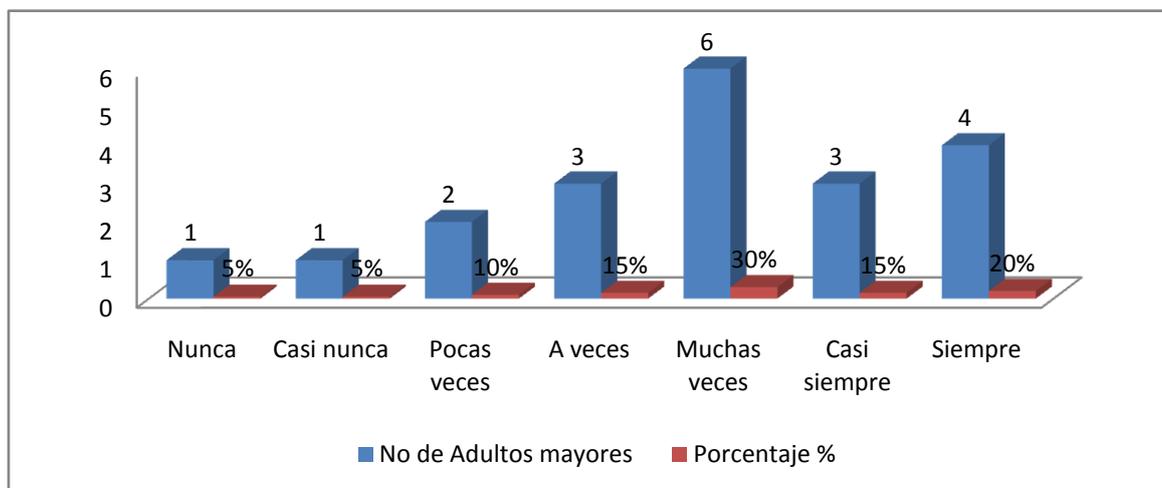


Gráfico N° 5: Anexo 1(pregunta dos)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 30% de ellos cree muchas veces que puede más que el dolor, el 20% siempre, el 15% casi siempre, otro 15% a veces el 10% pocas veces y el 5% nunca y casi nunca.

Interpretación

Lo mencionado anteriormente, nos lleva a entender que la mayoría de los adultos mayores encuestados creen que pueden más que el dolor, mientras que son pocos los que se resignan a él, esto sucede porque el dolor los lastima y los entristece viéndolo como algo que debe ser superado.

3. Me digo a mi mismo que no puedo permitir que el dolor interfiera en lo que tengo que hacer

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	0	0%
Casi nunca	2	10%
Pocas veces	2	10%
A veces	4	20%
Muchas veces	4	20%
Casi siempre	4	20%
Siempre	4	20%
Total	20	100%

Cuadro N° 7: Anexo 1(pregunta tres)

Elaboración: AriasSantiago

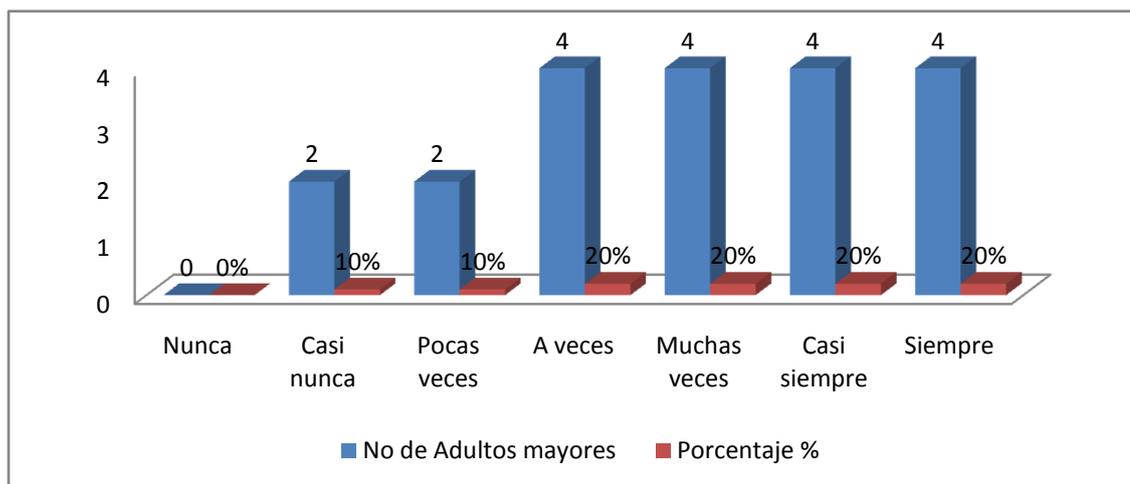


Gráfico N° 6: Anexo 1(pregunta tres)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 20% de ellos a veces, muchas veces, casi siempre y siempre se dice así mismo que no puede permitir que el dolor interfiera con lo que hace, el 10% casi nunca y pocas veces, mientras que el 0% nunca.

Interpretación

La mayoría de los adultos mayores encuestados no permiten que el dolor interfiera con lo que hacen, debido a que realizan actividades que les causan placer y buenos momentos y al aparecer el dolor produce que no disfruten satisfactoriamente de estas actividades, el dolor aparece sobre todo cuando se sienten solos.

5. No presto atención al dolor

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	5	25%
Casi nunca	4	20%
Pocas veces	3	15%
A veces	3	15%
Muchas veces	2	10%
Casi siempre	1	5%
Siempre	2	10%
Total	20	100%

Cuadro N^o 8: Anexo 1(pregunta cinco)

Elaboración: AriasSantiago

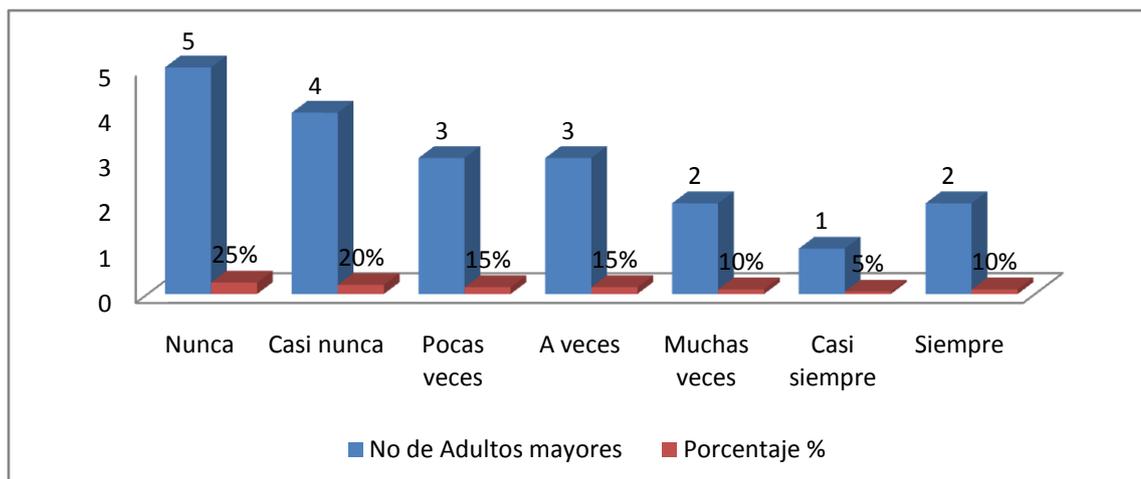


Gráfico N° 7: Anexo 1 (pregunta cinco)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 25% de ellos nunca no presta atención al dolor, el 20% casi nunca, el 15% pocas veces y a veces, el 10% muchas veces y siempre mientras que el 5% casi siempre.

Interpretación

Estos resultados nos indican que son pocos los adultos mayores encuestados que no hacen caso al dolor, ya que por lo general están expuestos a enfermedades orgánicas y/o físicas, es por esto que no pueden hacer las cosas que les gustan.

7. No pienso en el dolor

Alternativas	N° de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	4	20%
Casi nunca	4	20%
Pocas veces	4	20%
A veces	4	20%
Muchas veces	2	10%
Casi siempre	2	10%
Siempre	0	0%
Total	20	100%

Cuadro N° 9: Anexo 1(pregunta siete)

Elaboración: AriasSantiago

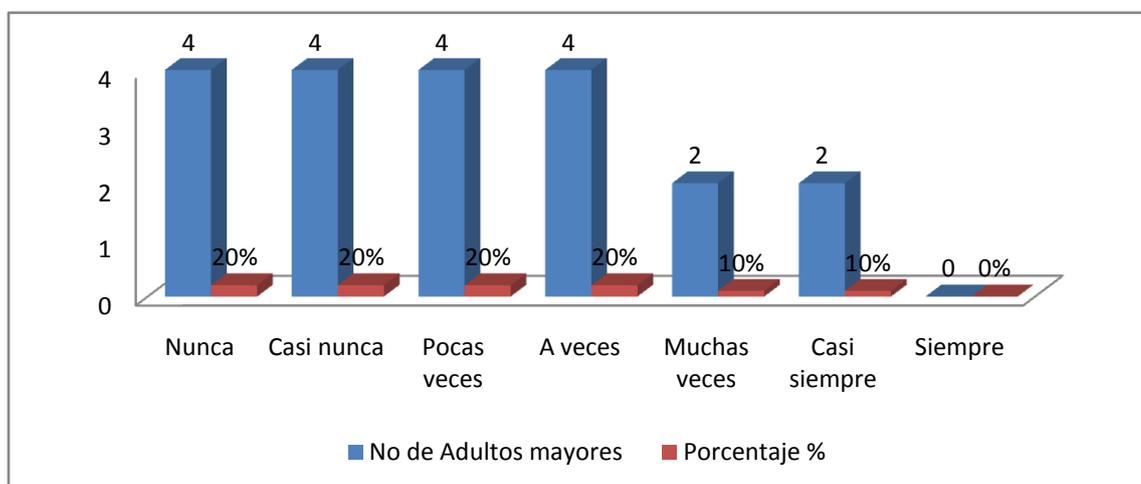


Gráfico N° 8: Anexo 1(pregunta siete)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 20% de ellos nunca, casi nunca, pocas veces y a veces no piensan en el dolor, el 10% lo hace muchas veces y casi siempre, mientras que el 0% siempre.

Interpretación

Son pocos los adultos mayores encuestados que no piensan en el dolor, debido a que un grupo reducido realizan actividades con personas especializadas, ya que la mayoría tiene depresión y reniega de seguir con vida, sintiéndose una carga para la familia.

10. Me digo a mi mismo que puedo superar el dolor

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	1	5%
Casi nunca	2	10%
Pocas veces	3	15%
A veces	5	25%
Muchas veces	4	20%
Casi siempre	3	15%
Siempre	2	10%
Total	20	100%

Cuadro N° 10: Anexo 1(pregunta diez)

Elaboración: AriasSantiago

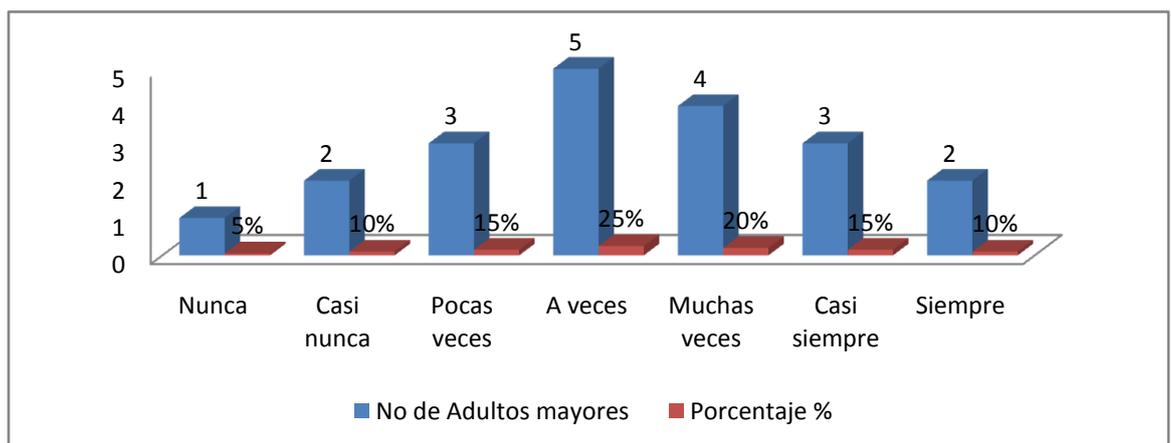


Gráfico N° 9: Anexo 1 (pregunta diez)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 25% de ellos a veces se dice a si mismo que puede superar el dolor, el 20% muchas veces, el 15% casi siempre, otros 15% pocas veces, el 10% siempre otro 10% casi nunca y el 5% nunca.

Interpretación

Lo mencionado anteriormente, nos lleva a entender que la mayoría de los adultos mayores encuestados se hablan así mismos para enfrentar al dolor mentalmente, debido a que al hablar solos genera satisfacción afectiva, actuando esto como un mecanismo de defensa para generar bienestar mental.

12. El dolor es terrible y pienso que nunca me pondré mejor

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	1	5%
Casi nunca	2	10%
Pocas veces	2	10%
A veces	3	15%
Muchas veces	3	15%
Casi siempre	4	20%
Siempre	5	25%
Total	20	100%

Cuadro N° 11: Anexo 1(pregunta doce)

Elaboración: AriasSantiago

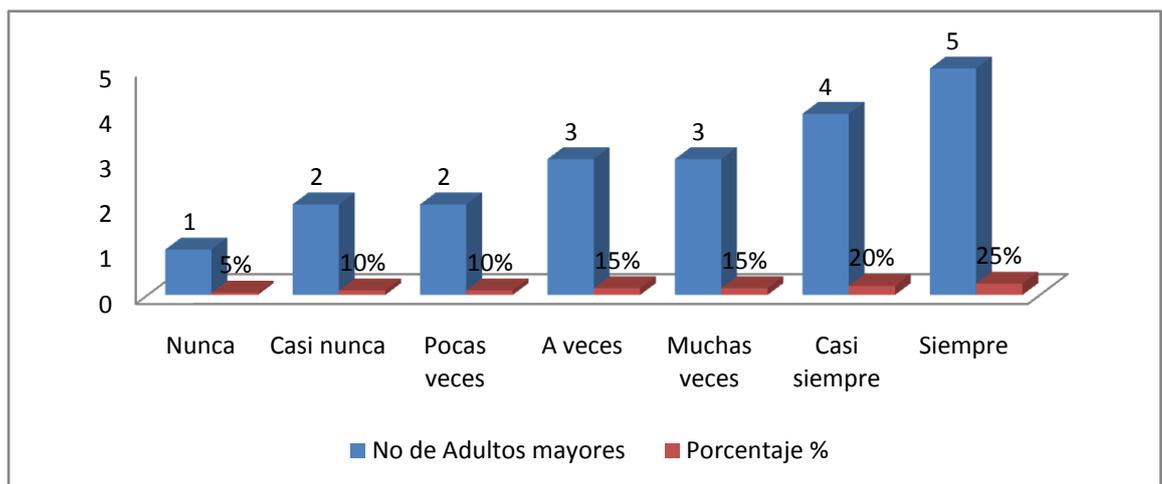


Gráfico N° 10: Anexo 1(pregunta doce)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 25% de ellos considera al dolor como terrible y que no mejorará, el 20% casi siempre, el 15% muchas veces y a veces, el 10% pocas veces y casi nunca y el 5% nunca.

Interpretación

La mayoría de los adultos mayores encuestados consideran al dolor como algo terrible e insuperable, ya que mentalmente se genera una creencia en la cual se sienten una carga familiar y que al llegar a cierta edad las personas solamente sufren y no pueden ser felices.

13. Tengo confianza en que algún día los médicos me curarán el dolor

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	0	0%
Casi nunca	1	5%
Pocas veces	1	5%
A veces	1	5%
Muchas veces	5	25%
Casi siempre	6	30%
Siempre	6	30%
Total	20	100%

Cuadro N^o 12: Anexo 1(pregunta trece)

Elaboración: AriasSantiago

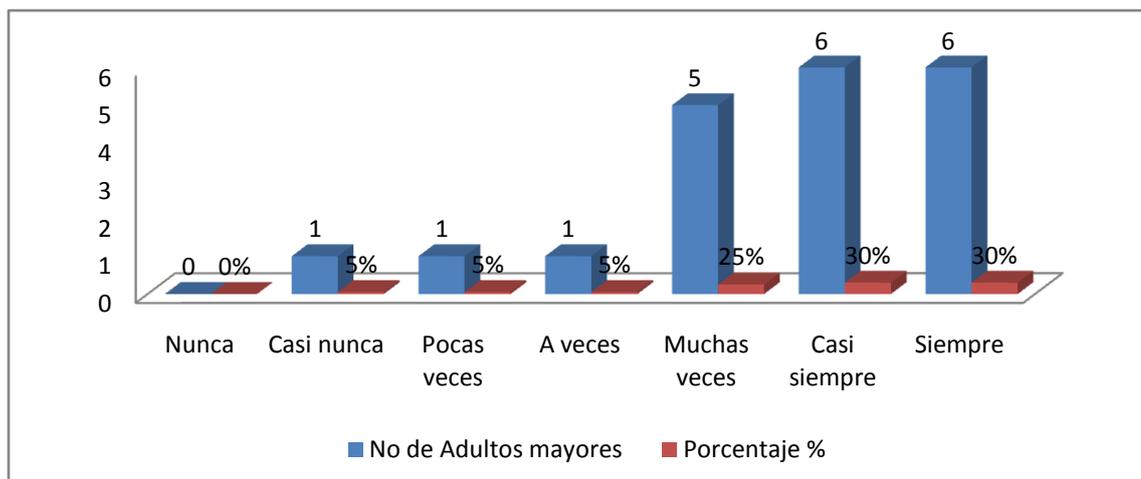


Gráfico N° 11: Anexo 1(pregunta trece)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 30% de ellos casi siempre y siempre tienen la confianza en que el dolor algún día será curado por los médicos, el 25% muchas veces, el 5% a veces, pocas veces y casi nunca, mientras que el 0% nunca.

Interpretación

Estos resultados nos indican que la mayoría de los adultos mayores encuestados consideran al dolor como algo que solo puede ser superado con ayuda de los médicos, ya que piensan que físicamente están enfermos, viejos y que solo los médicos los pueden curar debido a que confían más en ellos por su conocimiento y experiencia.

14. Creo que algún día alguien me ayudara y el dolor desaparecerá

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	0	0%
Casi nunca	1	5%
Pocas veces	2	10%
A veces	3	15%
Muchas veces	5	25%
Casi siempre	4	20%
Siempre	5	25%
Total	20	100%

Cuadro N° 13: Anexo 1(pregunta catorce)

Elaboración: AriasSantiago

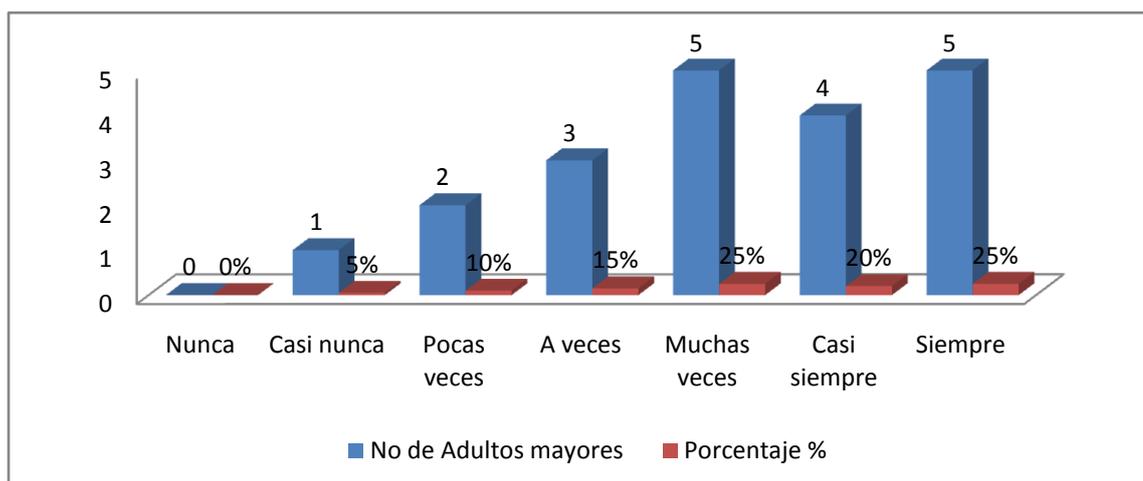


Gráfico N° 12: Anexo 1(pregunta catorce)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 25% de ellos muchas veces y siempre consideran la idea de que algún día el dolor desaparecerá, el 20% casi siempre, el 15% a veces, el 10% pocas veces y el 5% casi nunca.

Interpretación

La mayoría de los adultos mayores encuestados consideran al dolor como algo que solo puede ser curado por medio de la esperanza futura, esto se da porque espiritualmente piensan que en un futuro no muy lejano van a morir y van a vivir en paz junto al creador Dios todo poderoso.

15. Me imagino que el dolor esta fuera de mí

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	0	0%
Casi nunca	2	10%
Pocas veces	3	15%
A veces	2	10%
Muchas veces	3	15%
Casi siempre	5	25%
Siempre	5	25%
Total	20	100%

Cuadro N° 14: Anexo 1(pregunta quince)

Elaboración: AriasSantiago

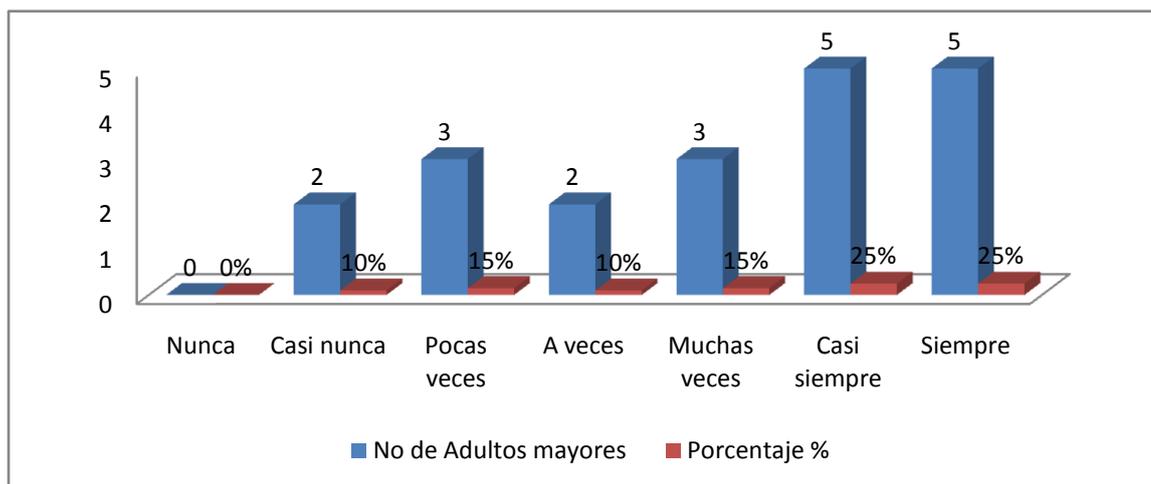


Gráfico N° 13: Anexo 1(pregunta quince)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 25% casi siempre y siempre se imaginan el dolor está fuera de ellos, el 15% muchas veces, el 10% a veces y casi nunca y el 15% pocas veces.

Interpretación

La mayoría de los adultos mayores encuestados se imaginan que el dolor está fuera de ellos, debido a que piensan que con el paso del tiempo, la frecuencia e intensidad de las enfermedades es mayor.

16. Creo que no puedo soportarlo más

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	2	10%
Casi nunca	2	10%
Pocas veces	2	10%
A veces	3	15%
Muchas veces	4	20%
Casi siempre	3	15%
Siempre	4	20%
Total	20	100%

Cuadro N^o 15: Anexo I (pregunta dieciséis)

Elaboración: AriasSantiago

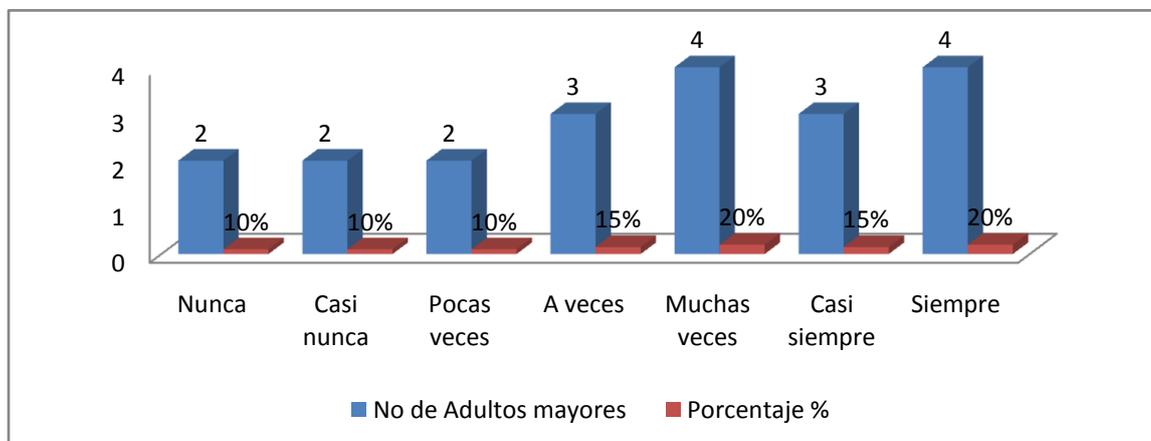


Gráfico N° 14: Anexo 1(pregunta dieciseis)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 20% de ellos muchas veces y siempre creen que no podrás soportar más el dolor, el 15% a veces y casi siempre, el 10% pocas veces, casi nunca y nunca.

Interpretación

Lo mencionado anteriormente, nos lleva a entender que la mayoría de los adultos mayores encuestados consideran al dolor como algo insoportable y que no lo podrán resistir más, es por esto que recurren a plegarias hacia Dios para que ya los lleve a estar junto a su lado, en muchos de los casos pidiendo la muerte, ya que el dolor que se da es insoportable para ellos.

22. Me digo a mi mismo que no me duele

Alternativas	N° de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	0	0%
Casi nunca	1	5%
Pocas veces	1	5%
A veces	1	5%
Muchas veces	5	25%
Casi siempre	6	30%
Siempre	6	30%
Total	20	100%

Cuadro N° 16: Anexo 1(pregunta veinte y dos)

Elaboración: AriasSantiago

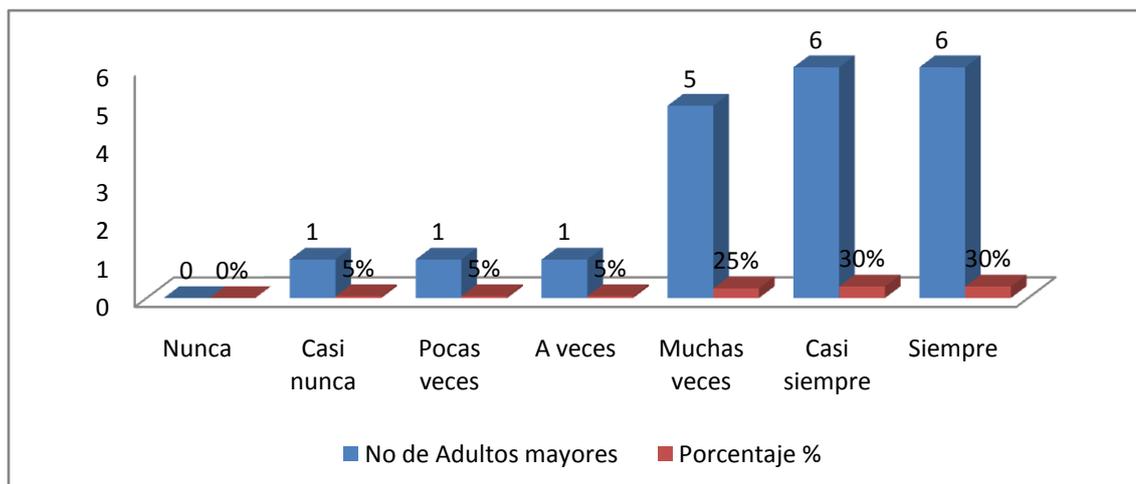


Gráfico N° 15: Anexo 1 (pregunta veinte y dos)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 30% de ellos casi siempre y siempre se dicen a sí mismo que no les duele, el 25% muchas veces, el 5% repartido igualitariamente lo hace a veces, pocas veces y casi nunca.

Interpretación

Esto nos indica que la mayoría de los adultos mayores encuestados recurren a negarse a sí mismo que les duele, ya que de este pensamiento busca que su dolor físico disminuya, creando cierto desahogo emocional que hace frente al dolor generado en ellos.

23. Pienso que no vale la pena vivir así

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	1	5%
Casi nunca	3	15%
Pocas veces	3	15%
A veces	3	15%
Muchas veces	4	20%
Casi siempre	4	20%
Siempre	2	10%
Total	20	100%

Cuadro N° 17: Anexo 1(pregunta veinte y tres)

Elaboración: AriasSantiago

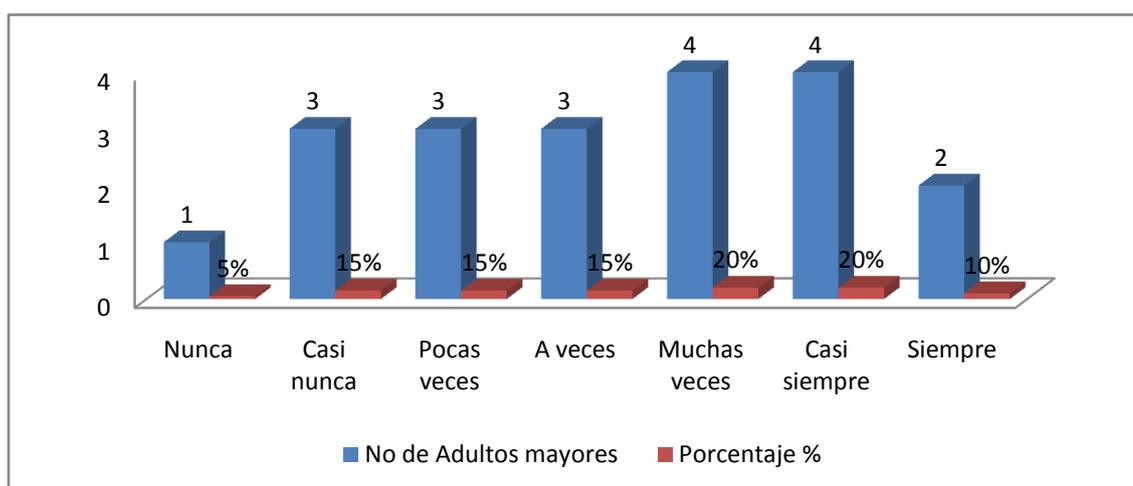


Gráfico N° 16: Anexo 1(pregunta veinte y tres)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 20% de ellos muchas veces y casi siempre piensan que no vale la pena vivir así, el 15% a veces, pocas veces y casi nunca, el 10% siempre y el 5% nunca.

Interpretación

La mayoría de los adultos mayores encuestados consideran la idea catastrófica de que no vale la pena vivir así, ya que la misma se acrecienta en estas edades, en muchos de los casos sienten más cercana la muerte y prefieren esta a seguir viviendo así.

25. No importa lo grande que sea el dolor, sé que puedo con él

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	5	25%
Casi nunca	4	20%
Pocas veces	4	20%
A veces	3	15%
Muchas veces	2	10%
Casi siempre	1	5%
Siempre	1	5%
Total	20	100%

Cuadro N^o 18: Anexo 1(pregunta veinte y cinco)

Elaboración: AriasSantiago

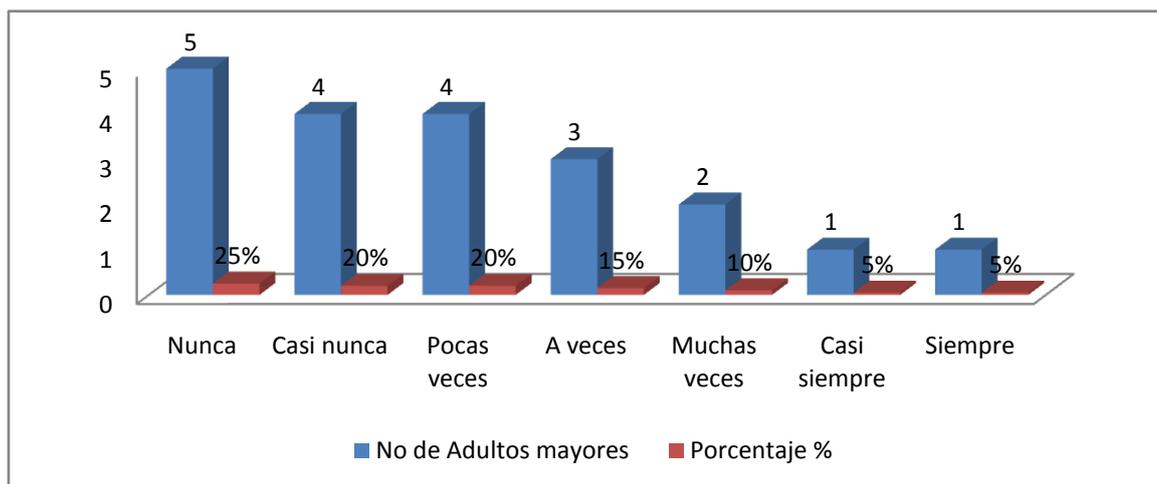


Gráfico N^o 17: Anexo 1(veinte y cinco)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 25% de ellos nunca le importa lo grande que sea el dolor aun que sabe que podrá con él, el 20% casi nunca y pocas veces, el 15% a veces, el 10% muchas veces y el 5% casi siempre y siempre.

Interpretación

Estos resultados nos indican que son pocos los adultos mayores encuestados que ven al dolor como algo grande que saben a ciencia cierta que lo pueden superar, ya que la mayoría de estos pacientes ven al dolor como algo insuperable y que es invencible, debido a que se resignaron a vivir con él y a no hacerlo frente, por su limitada capacidad de afrontamiento.

26. Trato de imaginarme un futuro en el que me haya librado del dolor

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	1	5%
Casi nunca	1	5%
Pocas veces	2	10%
A veces	3	15%
Muchas veces	3	15%
Casi siempre	5	25%
Siempre	5	25%
Total	20	100%

Cuadro N^o 19: Anexo I (pregunta veinte y seis)

Elaboración: AriasSantiago

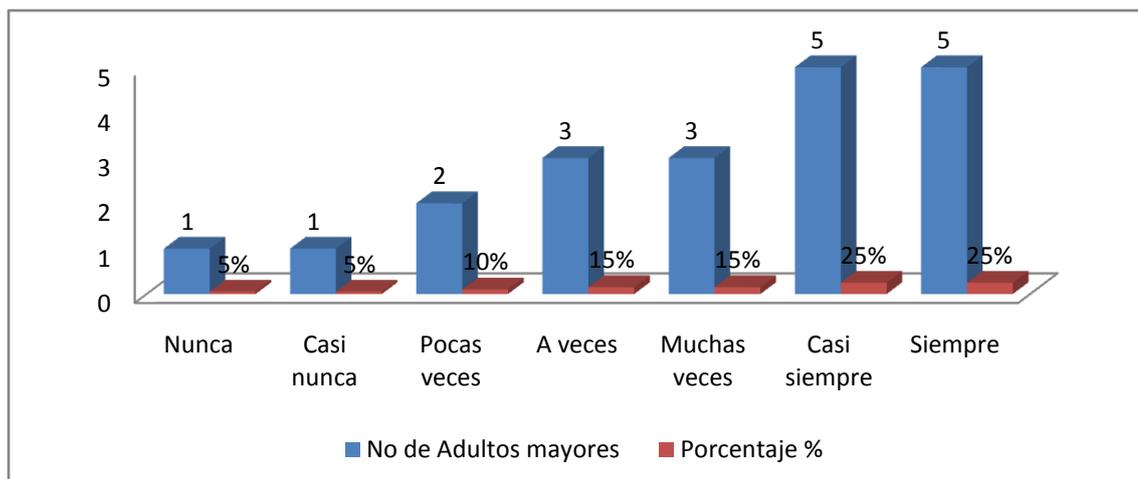


Gráfico N° 18: Anexo 1 (pregunta veinte y seis)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 25% de ellos siempre y casi siempre trata de imaginarse un futuro en el que se haya librado del dolor, el 15% a veces y muchas veces, el 10% pocas veces y el 5% nunca y casi nunca.

Interpretación

Estas cifras nos llevan a entender que la mayoría de los adultos mayores sueñan con un futuro sin dolor enfrentándose imaginariamente con él, esto se da ya que se genera un pensamiento en cual la religiosidad es un factor determinante, se imaginan un futuro lleno de felicidad y alegría en el cielo, siendo recordados como buenas personas.

27. Me digo a mi mismo que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor.

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	1	5%
Casi nunca	1	5%
Pocas veces	1	5%
A veces	5	25%
Muchas veces	5	25%
Casi siempre	3	15%
Siempre	4	20%
Total	20	100%

Cuadro N^o 20: Anexo 1(pregunta veinte y siete)

Elaboración: AriasSantiago

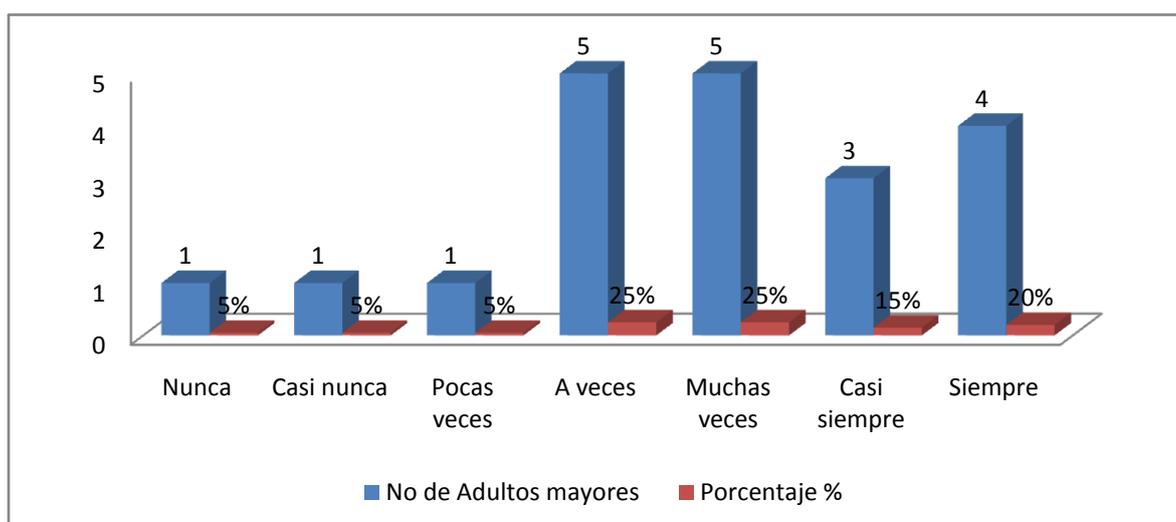


Gráfico N^o 19: Anexo 1 (pregunta veinte y siete)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 25% de ellos a veces y muchas veces se dice a si mismo que debe ser fuerte y continuar a pesar del dolor, otro 25% muchas veces, el 20% siempre, el 15% casi siempre, el 5% pocas veces, casi nunca y nunca.

Interpretación

Los resultados nos indican que la mayoría de los adultos mayores encuestados constantemente se instruyen mentalmente mediante frases positivas, las cuales generan una estabilidad afectiva y un estado de ánimo positivo para el correcto desenvolvimiento del adulto mayor en la sociedad.

31. El dolor es horrible y siento que me desborda

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	2	10%
Casi nunca	2	10%
Pocas veces	2	10%
A veces	3	15%
Muchas veces	3	15%
Casi siempre	4	20%
Siempre	4	20%
Total	20	100%

Cuadro N° 21: Anexo 1(pregunta treinta y uno)

Elaboración: AriasSantiago

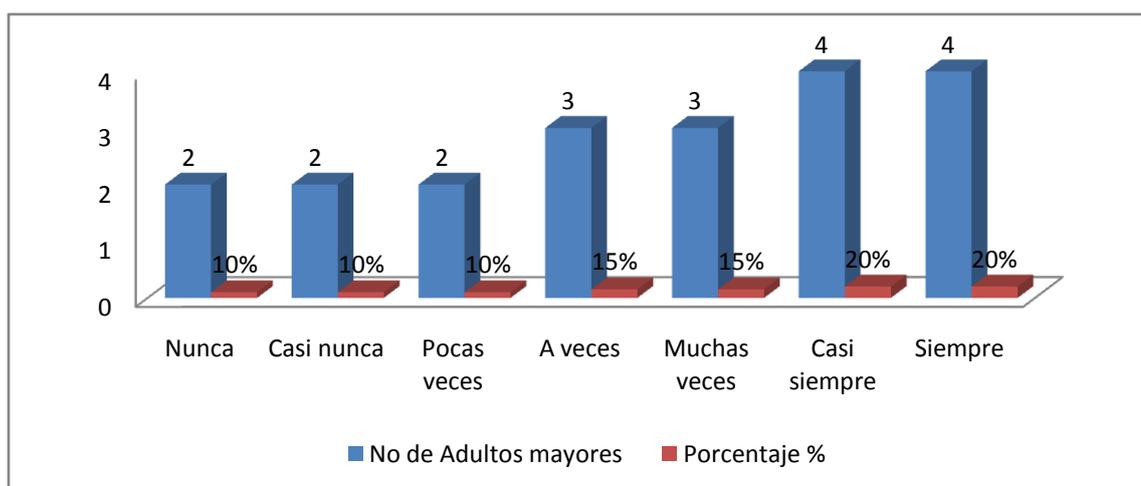


Gráfico N° 20: Anexo 1(pregunta treinta y uno)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 20% de ellos casi siempre y siempre ven al dolor como algo horrible y que se desborda de ellos, el 15% a veces y muchas veces, el 10% pocas veces, casi nunca y nunca.

Interpretación

Lo mencionado anteriormente, nos lleva a entender que la mayoría de los adultos mayores encuestados consideran la idea del dolor como algo horrible y de lo cual no pueden tener control, ya que se arraiga la idea de que el dolor es insuperable y que este los controla y maneja, debido a la escasa capacidad de afrontamiento de problemas que tienen en la edad adulta.

33. Trato de no pensar en que el dolor está en mi cuerpo, sino que más bien está fuera de mí.

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	1	5%
Casi nunca	1	5%
Pocas veces	2	10%
A veces	3	15%
Muchas veces	6	30%
Casi siempre	3	15%
Siempre	4	20%
Total	20	100%

Cuadro N^o 22: Anexo 1(pregunta treinta y tres)

Elaboración: AriasSantiago

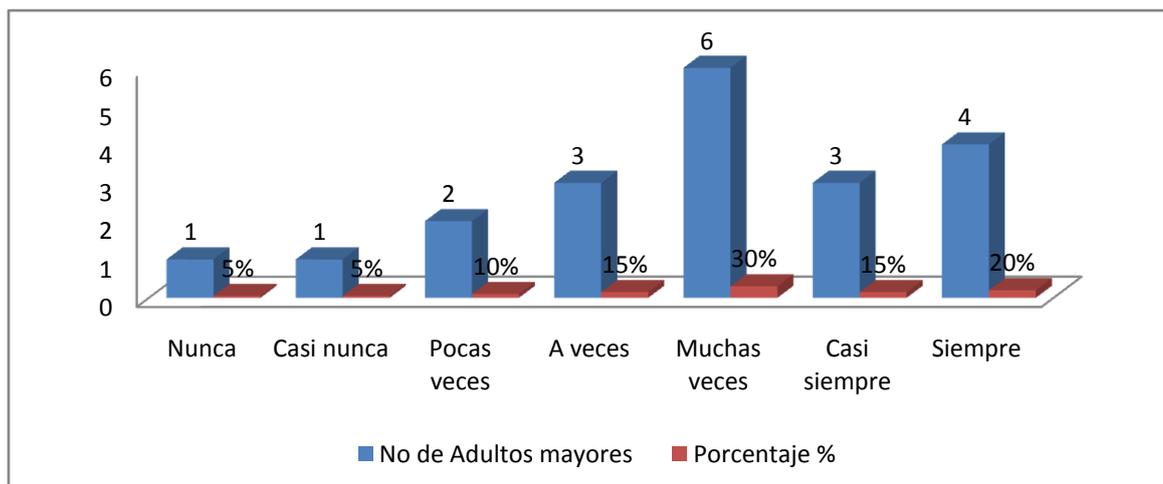


Gráfico N° 21: Anexo 1 (pregunta treinta y tres)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 30% de ellos muchas veces piensa que el dolor no está en su cuerpo, sino que está fuera de él, el 20% siempre, el 15% casi siempre, otro 15% a veces el 10% pocas veces y el 5% nunca y casi nunca.

Interpretación

La mayoría de los adultos mayores encuestados prefieren pensar que el dolor es algo externo a ellos, esto genera cierto grado de satisfacción ya que ven al dolor como algo lejano, que no podría dañarlos

34. Pienso en cosas que disfruto haciendo.

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	2	10%
Casi nunca	2	10%
Pocas veces	2	10%
A veces	3	15%
Muchas veces	3	15%
Casi siempre	4	20%
Siempre	4	20%
Total	20	100%

Cuadro N^o 23: Anexo 1(pregunta treinta y cuatro)

Elaboración: AriasSantiago

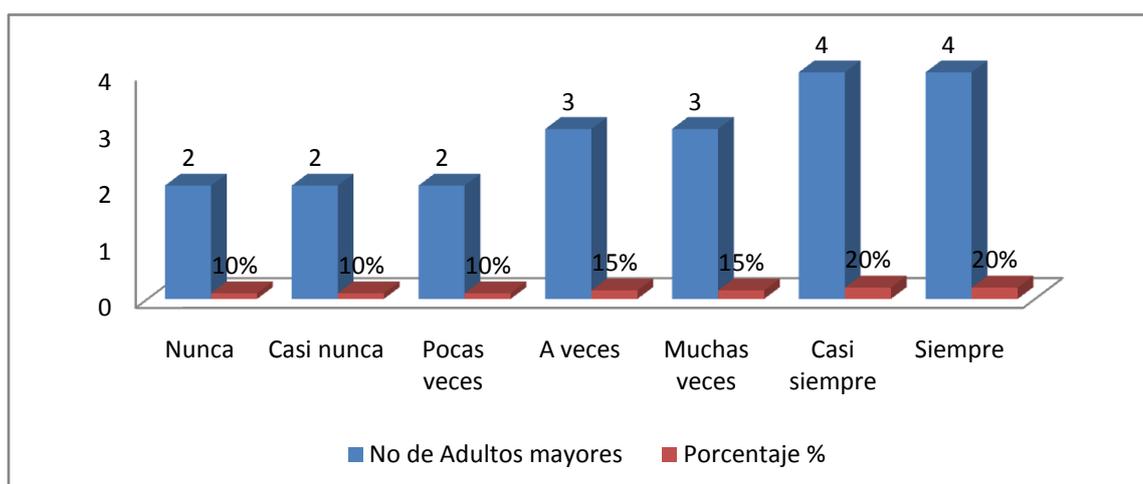


Gráfico N^o 22: Anexo 1 (pregunta treinta y cuatro)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 20% de ellos siempre y casi siempre piensa en cosas que disfruta haciendo para evitar el dolor, el 15% aveces y muchas veces, y el 10% pocas veces, casi nunca y nunca.

Interpretación

Estas cifras nos indica que la mayoría de los adultos mayores encuestados se enfrentan a dolor mediante pensamientos que distraen su atención con cosas que les gusta hacer, debido a que esta terapia ocupacional los distrae y hace que se sientan felices momentáneamente hablando de las cosas que les gusta o que les gustaba hacer.

36. Recuerdo buenos momentos del pasado

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	4	20%
Casi nunca	3	15%
Pocas veces	5	25%
A veces	2	10%
Muchas veces	3	15%
Casi siempre	2	10%
Siempre	1	5%
Total	20	100%

Cuadro N^o 24: Anexo 1(pregunta treinta y seis)

Elaboración: AriasSantiago

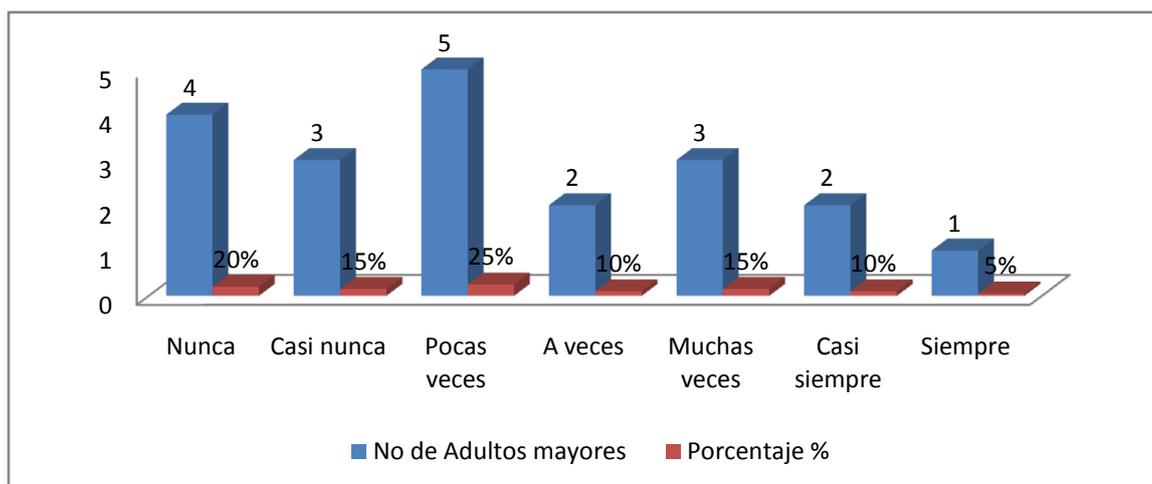


Gráfico N^o 23: Anexo 1(pregunta treinta y seis)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 25% de ellos pocas veces recueda buenos momentos del pasado para evitar el dolor, el 20% nunca, el 15% casi nunca, otro 15% muchas veces el 10% casi siempre y el 5% siempre.

Interpretación

Esto nos lleva a entender que son pocos los adultos mayores encuestados que tratan de recordar momentos del pasado como medio para hacerle frente al dolor, esto se da debido a que la mayoría prefieren no recordar el pasado ya que les genera tristeza y melancolía porque sufren al darse cuenta de lo que han perdido, ya sean sus capacidades físicas como mentales.

37. Cuento con mi fe en Dios

Alternativas	Nº de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	0	0%
Casi nunca	1	5%
Pocas veces	1	5%
A veces	3	15%
Muchas veces	2	10%
Casi siempre	6	30%
Siempre	7	35%
Total	20	100%

Cuadro N^o 25: Anexo I (pregunta treinta y siete)

Elaboración: AriasSantiago

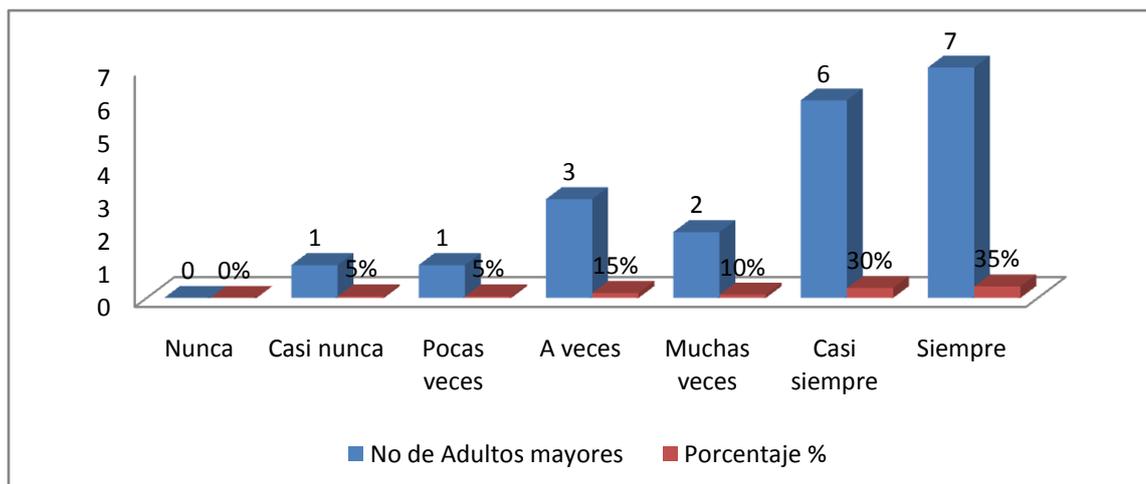


Gráfico N° 24: Anexo 1 (pregunta treinta y siete)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 35% de ellos siempre cuenta con su fe en Dios para hacerle frente al dolor, el 30% casi siempre, el 15% a veces, el 10% muchas veces, y el 5% pocas veces y casi nunca, así como el 0% nunca.

Interpretación

La mayoría de los adultos mayores encuestados cuentan con un apoyo espiritual para hacerle frente al dolor, esto se da porque creen en Dios sobre todas las cosas y esta espiritualidad los transporta a un marco de felicidad y alegría.

39. Pienso en personas con quienes me gusta estar

Alternativas	N° de Adultos mayores	Porcentaje %
Nunca	4	20%
Casi nunca	4	20%
Pocas veces	3	15%
A veces	3	15%
Muchas veces	2	10%
Casi siempre	3	15%
Siempre	1	5%
Total	20	100%

Cuadro N° 26: Anexo 1(pregunta treinta y nueve)

Elaboración: AriasSantiago

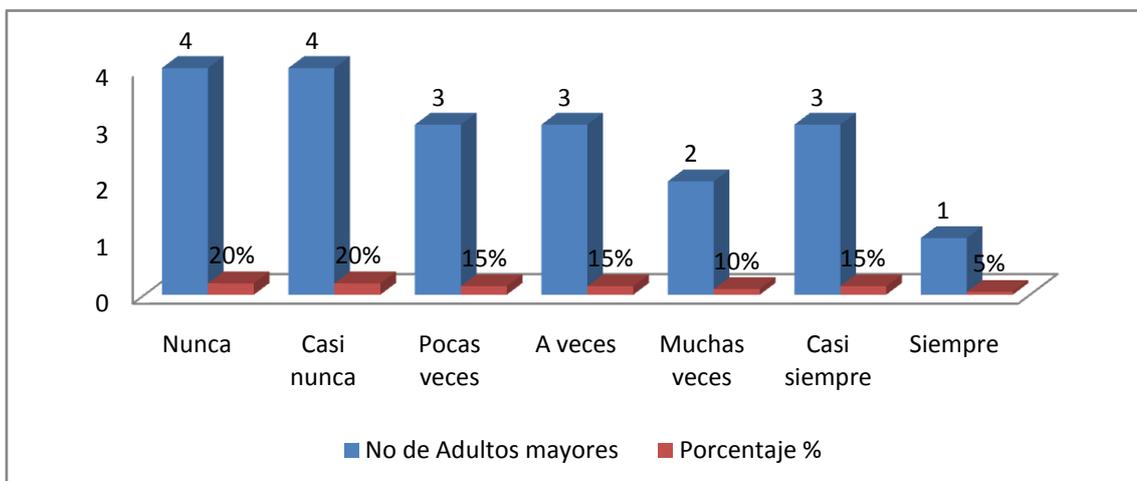


Gráfico N° 25: Anexo 1(pregunta treinta y nueve)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de adultos mayores encuestados el 20% de ellos nunca y casi nunca piensa en personas que le gusta estar para enfrentar el dolor, el 15% pocas veces y a veces, el 10% muchas veces y el 5% siempre

Interpretación

Estas cifras nos dan a entender que son pocos los adultos mayores que para hacerle frente al dolor piensan en personas con quien le gusta estar, como sería el grupo primario de apoyo, la mayoría no cuenta con un grupo de apoyo activo, ya que sus familiares son personas que están realizando sus actividades y esto no les permite ocuparse de él, de esta manera se genera una cultura de soledad en el adulto mayor.

4.2 Análisis e interpretación del aspecto cuantitativo y cualitativo de la Ficha médica.

ANEXO II

Objetivo: Determinar el tipo de dolor físico relacionado a enfermedades que presenta el adulto mayor. Para lo cual me basé en el literal 5.

FICHA MÉDICA

Dolor Físico (Enfermedades)	Número de Casos	Porcentaje %
Aparato Digestivo	3	15%
Sistema Cardio-vascular	4	20%
Aparato Respiratorio	4	20%
Sistema Urinario	3	15%
Aparato Osteomuscular	4	20%
Sistema Nervioso	2	10%
TOTAL	20	100%

Cuadro N° 27: Anexo 2 (enfermedades en el adulto mayor)

Elaboración: AriasSantiago

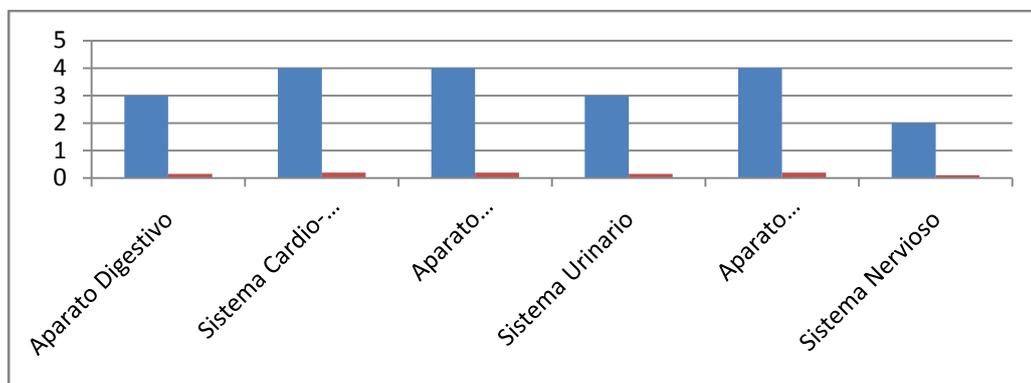


Grafico N° 26: Anexo 2 (enfermedades en el adulto mayor)

Elaboración: AriasSantiago

Análisis

Del total de la población encuestada el 10% presenta dolor físico en relación a enfermedades del Sistema Nervioso, el 15% presenta dolor físico por

enfermedades en el Aparato Digestivo, otro 15% presenta dolor en el Sistema Urinario, un 20% presenta dolor por enfermedad en el Sistema Cardio-Vascular, otro 20% presenta dolor por enfermedades en el Aparato Respiratorio, y un ultimo 20% presenta dolor de origen Osteo-muscular.

Interpretación:

Estas cifras nos dan a entender que la mayor parte de la población presenta un mayor dolor a nivel de sistema osteomuscular, respiratorio y cardiovascular; siendo estas las zonas de mayor vulnerabilidad y dolor físico en el adulto mayor.

4.3 Comprobación De Hipótesis

4.3.1 General:

La estrategias cognitivas de afrontamiento influyen en el dolor físico que presentan los adultos mayores del asilo Vida los Años.

Se pudo comprobar que las estrategias cognitivas de afrontamiento influyen en el mantenimiento de la enfermedades físicas en el adulto mayor del Asilo Vida a los Años, ya que uno de los porcentajes más altos encuestados presentan estrategias cognitivas de Catastrofismo 20%, que representa 4 casos clínicos, los mismos que muestran un mayor número de enfermedades físicas en el aparato osteomuscular y cardiovascular, mientras que la estrategia cognitiva de Autoinstrucciones presenta un 15%, que representa a 3 casos clínicos, pero de estos solo 1 presenta dolor físico a nivel del sistema nervioso central.

4.3.2 Particular:

- La principal estrategia cognitiva de afrontamiento ante el dolor físico es el catastrofismo.

La hipótesis se acepta, ya que los resultados del cuestionario de estrategias cognitivas de afrontamiento revelan que un 20% de los adultos mayores encuestados, presentan estrategias de catastrofismo, debido a que tienen una tendencia a exagerar las cosas sin tener ningún motivo para ello, el 15% utiliza

Autoinstrucciones, la Esperanza y la Distracción Cognitiva. El 5% Conductas Distractoras y un 0% utiliza Ignorar el dolor y Reinterpretar el dolor.

- Más del 50% de los adultos mayores presentan dolor físico en el sistema nervioso.

La hipótesis se rechaza puesto que gran parte de las personas encuestadas presentan dolor físico en los sistemas osteomuscular, respiratorio y cardiovascular. Que corresponde al 20% del sistema cardiovascular con un total de 4 personas. Otro 20% del sistema osteomuscular, con un total de 4 personas, y finalmente un 20% con dolor físico en el sistema respiratorio y un total de 4 personas, que corresponde a 12 de las 20 personas encuestadas.

CAPITULO V

5.1 Conclusiones:

- La estrategia cognitiva de afrontamiento de mayor prevalencia es la de Catastrofismo entre los adultos mayores encuestados con una proporción de 20% con respecto a las demás.
- El mayor nivel de dolor físico que presentan los adultos mayores se produce en el aparato respiratorio, osteomuscular y cardiovascular con un porcentaje de 20% para cada uno de ellos.
- Las estrategias cognitivas de afrontamiento influyen en el dolor físico que presentan los adultos mayores.

5.2 Recomendaciones:

- Diseñar un formato de intervención psicoterapéutica para adiestrar en recursos de afrontamiento.
- Establecer un modelo de evaluación cognitiva y conducta del dolor que presentan los adultos mayores.
- Presentar talleres para incorporar estrategias de afrontamiento al dolor para familiares de los adultos mayores
- Informar acerca de la atención psicológica que presta el Asilo “Vida a los años”.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos Informativos

Título:

``Programa de intervención psicológica cognitivo conductual basado en el entrenamiento de recursos de afrontamiento al dolor físico para los adultos mayores del Asilo Vida a los Años``.

6.1.1.- Institución ejecutora:

- Asilo Vida los Años

6.1.2.-Ubicación:

- Ciudad: Ambato
- Calle Cádiz y Vigo

6.1.3.- Beneficiarios:

Directos:

- Adultos mayores internos y externos que acudan al Asilo Vida los Años.

Indirectos:

- Familiares de los adultos mayores

6.1.4.-Tiempo estimado para la ejecución:

- Cuatro meses

Inicia con la selección del tema de la propuesta: ``Programa de intervención psicológica cognitivo conductual basado en el entrenamiento de recursos de afrontamiento al dolor físico para los adultos mayores del Asilo Vida a los Años``. Finaliza con la apertura del programa de intervención psicológica con las personas que acuden al Asilo.

6.1.5.- Equipo técnico responsable.

- Psicólogo Clínico (director área psicológica).
- Estudiantes de Psicología Clínica
- Director del Asilo

Costo requerido para la ejecución de la propuesta

\$ 2.480 dólares.

6.2 Antecedentes de la propuesta.

Los datos recogidos en el presente estudio nos muestran como las estrategias cognitivas de afrontamiento están relacionadas con los niveles de dolor físico que presentan los adultos mayores del Asilo. Esta relación pone en evidencia que las estrategias cognitivas permiten a las personas tomar al dolor como algo que los esclaviza o que los libera, es así que en la mayoría de los adultos investigados podemos observar que ante un dolor físico de gran intensidad y duración, la mayoría de ellos lo ven como algo insuperable, por lo que recurren en primer lugar a un apoyo espiritual para que se haga cargo de su dolor, esto lo hacen mediante fe y plegarias. En los niveles de menor dolor se encontró principalmente adultos mayores con estrategias cognitivas a manera de Autoinstrucciones y distracción cognitiva que en un esfuerzo de control mental resulta de mayor eficacia para afrontar el dolor.

Sin embargo hay que tomar en cuenta que si bien los adultos mayores recurren a este tipo de estrategias será por el hecho mismo de su ciclo vital, ya que pueden sentirse poco hábiles y con pocos medios para afrontar los problemas como los haría una persona de menor edad. Considerando que los niveles de dolor se puntúan mayormente entre fuerte e insoportable, la idea más frecuente es que el dolor del que son parte la población investigada sobrepasa lo esperado con lo normal. Sería esta la razón por la que los adultos mayores agotan sus recursos para hacerle frente a situaciones adversas refugiándose en una fe y esperanza que sobrepase su entendimiento y sus posibilidades.

Con todo esto es necesario realizar un formato de intervención psicoterapéutica a través de la terapia cognitivo-conductual ya que gran parte de este enfoque es psicoeducativo y nos ayudará a promover un adiestramiento en recursos de afrontamiento ante el dolor físico que presentan los adultos mayores, con el fin de que puedan disponer de recursos cognitivos y conductuales que los lleve a una

mejor resolución del problema a fin de que este no resulte tan invalidante y amenazador.

6.3 Justificación

La manera de afrontar los problemas es lo que determina la solución de los mismos, esta es la razón por la cual entendemos que son los recursos o estrategias con los que dispone la persona lo que determina la gravedad de un conflicto. Son ellas las que ayudan a que su resolución sea eficaz o caótica.

Es por ello que considero a esta propuesta la mejor alternativa de solución para el problema planteado ya que se trabajara en el adiestramiento de recursos de afrontamiento ante el dolor físico de los adultos mayores mediante el enfoque de la terapia cognitivo-conductual que es la más accesible a este tipo de población

Mediante el enfoque cognitivo-conductual se logrará hacer una evaluación en varias esferas de la personalidad de los adultos mayores, explorando su nivel cognitivo, afectivo, somático, interpersonal y conductual, para una visión más global de su problema. Posteriormente se intentará enseñar psicopedagógicamente las estrategias de afrontamiento que resulten más gratificantes y funcionales ante situaciones físicas dolorosas. Finalmente las personas verificarán la efectividad de las técnicas empleadas para su uso posterior.

6.4 Objetivos.

6.4.1 General:

Determinar las Estrategias cognitivas de afrontamiento que utilizan los adultos mayores del Asilo Vida a los Años.

6.4.2 Específicos:

- Aplicar una propuesta de intervención psicológica mediante la terapia cognitivo conductual basada en el entrenamiento de recursos de afrontamiento al dolor físico que presentan los adultos mayores del Asilo Vida los Años.

- Definir qué tipo de dolor físico presentan los adultos mayores del Asilo Vida a los Años.
- Proporcionar la siguiente propuesta a la institución colaboradora (Asilo Vida los Años), para su debida ejecución.

6.5 Análisis de factibilidad.

La presente propuesta de intervención es factible puesto que se realizará en una casa de salud legalmente constituida bajo las leyes, los estatutos y reglamentos de salud que rigen al país.

Se pretende con esto, dar servicio a la colectividad en beneficio de la misma, utilizando la metodología terapéutica y recursos que tenemos en nuestras manos de una manera organizada basándonos en los protocolos de intervención establecidos para cada paciente, sin distinción alguna, permitiendo el progreso o evolución satisfactoria de las personas en la sociedad.

Mediante la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual y su enfoque teórico se intervendrá de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

6.6. Fundamentación Científico Técnica

1. Terapia cognitivo conductual

Lucio Balarezo, en su libro “Psicoterapia” manifiesta que el enfoque Cognitivo Conductual es un modelo de tratamiento psicoeducativo, a corto plazo, activo, directivo, estructurado y dinámico que plantea una nueva manera de conceptualizar la psicoterapia, de cómo los diversos factores en los que se desenvuelve el hombre interactúan para dar paso a un estilo de vida.

Todos los seres humanos hacen tres cosas constantemente: piensan, sienten y se comportan. De manera que el principal objetivo de este sistema terapéutico es que el individuo aprenda a dirigir y controlar sus respuestas mentales, emocionales y conductuales, estimulando el ejercicio de un esfuerzo sistemático y una práctica diligente, aplicando para ello una metodología estructurada.

Para corregir las conductas desadaptativas, las distorsiones cognoscitivas y los errores habituales y específicos, este enfoque utiliza una mezcla de técnicas de modificación de conducta y de procedimientos verbales. Estas técnicas están

diseñadas para ayudar al paciente (cliente) en la identificación y corrección, asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el "aquí y el ahora" de los problemas, tanto situacionales como psicológicos, se espera que el paciente experimente una mejoría en los síntomas y en consecuencia, en la conducta.

El enfoque cognitivo conductual en la relación terapeuta-paciente es de colaboración y es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede.

2. Funciones y características del Enfoque Cognitivo Conductual

Según Albert Ellis en su libro "Introducción a la Terapia Racional Emotiva" el paradigma de la psicología cognitiva (y las terapias cognitivas) consiste en el principio de la mediación cognitiva. Sintéticamente: La reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) está mediada por el proceso de significación (o evaluación) con relación a los objetivos (metas, deseos) de cada persona.

Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas esquemas, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado por medio de las experiencias vividas, propias de cada persona.

Por lo tanto, toda terapia implicará una modificación de estas estructuras con la consiguiente transformación de las evaluaciones, que logrará una transformación de las respuestas (emotivas y/o conductuales). De esta manera, sin desconocer el enfoque médico biológico de los trastornos, sino sumándose al mismo, este modelo psicoterapéutico aporta al proceso de cambio el concepto de re-aprendizaje.

Algunas de las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico son:

- Se destaca de otras terapias por su brevedad.

- Está centrado en el presente (en el "aquí y ahora"), en el problema y en su solución.
- Paciente y terapeuta hablan, se comunican y colaboran activamente (estilo de cooperación) y por igual en el proceso.
- El proceso incluye tareas de auto-ayuda que se realizan entre sesiones.
- El paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones.
- Pese a lo breve y sencillo del método, resulta realmente profundo y logra modificaciones importantes y perdurables.
- El enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente al terapeuta.

La terapia cognitiva conductual tiende a fomentar la independencia del paciente, se enfatiza el aprendizaje, la modificación de la conducta, las tareas de autoayuda. La meta, es eliminar o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen por ejemplo los síntomas de pánico, inmediatamente habrá mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen.

Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuales necesita resolver en ese momento y al final de la sesión pregunta si ha hecho algún progreso al respecto. Utiliza planes de tratamiento.

Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cual es el problema actual y se plantean actividades para la semana siguiente.

Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente. Las tesis cognitivo conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir que está comprobado que funciona.

3. Metas y racionalidad:

Los hombres son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente. Las principales metas humanas se pueden englobar en:

- Aprobación o afecto.

- Éxito y Competencia personal en diversos asuntos.
- Bienestar físico, emocional o social.

4. Cognición y procesos psicológicos:

Pensamiento, afecto y conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente. Los principales componentes de la salud y los trastornos psicológicos se encuentran a nivel del pensamiento, a nivel cognitivo. Estos componentes determinantes son:

- Las Creencias Irracionales (Exigencias) en los procesos de trastorno psicológico.
- Las Creencias Racionales (Preferencias) en los procesos de salud psicológica.

5.Énfasis humanista-filosófico del modelo

De acuerdo a Albert Ellis, las personas, en cierto modo, sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional.

Las personas son más felices, de modo general, cuando persiguen sus metas de modo anti-exigente, anti-absolutista, preferencialmente o de manera racional.

6.El modelo A-B-C del funcionamiento psicológico

El modelo de la terapia racional-emotiva propone:

A----- B----- C

(Acontecimiento)	("Belief": Creencia sobre A)	(Consecuencias)
Temporales:	CREENCIAS	EMOCIONALES
Pasados/Actuales	- Racionales	CONDUCTUALES
Emocionales	-Irracionales	
Espaciales	.Cognitivas	

Distorsiones cognitivas derivadas de las creencias

Conductuales

Externos/Internos

7. Las Creencias Irracionales

Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible.

Las tres principales creencias irracionales (creencias irracionales primarias) son:

- Referente a la meta de **Aprobación/Afecto:**

"Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí"

- Referente a la meta de **Éxito/Competencia** o Habilidad personal:

"Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos".

- Referente a la meta de **Bienestar:**

"Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello".

Estas experiencias serían representaciones-modelos de las tres principales creencias irracionales que hacen vulnerable a las personas a padecer trastorno emocional en los aspectos implicados en esas metas.

Hay tres creencias irracionales, derivadas de las primarias (creencias secundarias), que a veces son primarias, que constituirían el segundo eslabón cognitivo del "procesamiento irracional de la información":

- Referente al valor aversivo de la situación: **tremendismo.**

"Esto es horroroso, no puede ser tan malo como parece".

- Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable: **Insoportabilidad.**

"No puedo soportarlo, no puedo experimentar ningún malestar nunca".

- Referente a la valoración de sí mismo y otros a partir del acontecimiento: **Condena.**

"Soy/Es/Son...un X negativo (p.e inútil, desgraciado...) porque hago/hace-n algo indebido".

8. Técnicas Cognitivas y Conductuales

8.1. Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento

El Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento (EHA) agrupa un conjunto de tratamientos relacionados, que tienen en común el intento de mejorar las

estrategias cognitivas y conductuales del paciente, facilitándole de este modo poder cambiar su conducta (Longabaugh y Morgenstern, 1999). El Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento se ha mostrado eficaz al conseguir reducir de manera importante en la manera de resolver situaciones difíciles a corto mediano y largo plazo. Así dentro de este grupo se encuentran algunas técnicas tanto cognitivas como conductuales para su intervención, entre las cuales y más utilizadas por sus buenos resultados tenemos:

8.2. La aserción encubierta

Ayuda a reducir la ansiedad emocional a través del desarrollo de dos habilidades separadas: la interrupción del pensamiento y la sustitución del pensamiento. A la primera indicación de un pensamiento habitual que sabemos que conduce a sufrir emociones desagradables se interrumpe el pensamiento subvocalizando la palabra "Basta o Stop". Entonces se llena el hueco dejado por el pensamiento interrumpido con pensamientos positivos previamente preparados que sean más realistas, asertivos y constructivos. Adquiriendo estas habilidades se capacita a una persona para enfrentarse con éxito a los pensamientos que antes conducían a altos niveles de ansiedad, depresión o cólera.

La interrupción del pensamiento actúa como un castigo o táctica distractora, reduciendo la probabilidad de que reaparezca el mismo pensamiento otra vez y creando un espacio en la cadena de pensamientos para una aserción positiva. Las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir.

Esta técnica es útil si se padece de múltiples fobias o de una constelación de miedos de carácter general, relacionados entre sí.

Los Pasos a seguir con el paciente son los siguientes, la misma q estarán guiados por varias instrucciones:

1. Identificar y valorar los pensamientos estresantes.
2. Fijar una interrupción temporal: si se utiliza un despertador se programará para cuando ya tengamos en mente el pensamiento estresante a sonar en dos minutos, durante los cuales mantendremos en la mente dicho pensamiento. En el momento en que suene la alarma, gritaremos ¡Basta! Intentaremos mantener la mente en blanco durante 30 segundos.

3. Practicar sin ayuda la interrupción del pensamiento: Lo mismo que el anterior pero sin la ayuda del despertador. Hemos de dar por concluida esta fase cuando somos capaces de gritar la palabra clave subvocalmente, es decir, internamente.
4. Preparar las aserciones encubiertas: Seleccionar pensamientos positivos que puedan sustituir el vacío mental.
5. Practicar la aserción encubierta.
6. Usar la aserción encubierta en situaciones de la vida real: Hay que pasar de la práctica de situaciones imaginarias a las de la vida real.

8.3. Solución De Problemas

Podemos definir problema como "el fracaso para encontrar una respuesta eficaz". La solución de problemas es útil para reducir la ansiedad asociada a la incapacidad para tomar decisiones.

Los Pasos a seguir con el paciente son los siguientes:

1. Identificar las situaciones problemáticas.
2. Describir con detalle el problema y la respuesta habitual a dicho problema. Al describir la situación y la respuesta en términos de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y porqué, se verá el problema de forma más clara. Al describir la respuesta recuerde añadir qué objetivos pretende, es decir si ello se cumpliera significaría que el problema estaría resuelto.
3. Haga una lista con las alternativas. En esta fase se utiliza la estrategia denominada "tempestad de ideas" para conseguir los objetivos recientemente formulados. Esta técnica tiene cuatro normas básicas: se excluyen las críticas, todo vale, lo mejor es la cantidad y lo importante es la combinación y la mejora. La técnica de la tempestad de ideas debería limitarse, durante esta fase, a estrategias generales para alcanzar los objetivos.
4. Vea las consecuencias. Este paso consiste en seleccionar las estrategias más prometedoras y evaluar las consecuencias de ponerlas en práctica.
5. Evaluar los resultados: Una vez se haya intentado la respuesta nueva, se deberán observar las consecuencias, por ejemplo: ¿Suceden las cosas tal como estaban previstas?

8.4.La inoculación del estrés

La inoculación del estrés enseña cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. El entrenamiento incluye aprender a relajarse utilizando la respiración profunda y la relajación progresiva, de modo que cada vez que se experimente estrés, donde y cuando sea, se pueda relajar la tensión. El primer paso es elaborar una lista personal de situaciones de estrés y ordenarla verticalmente desde los ítems menos estresores hasta los más estresantes. Después se aprenderá a evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y cómo relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación estresora. El segundo paso es la creación de un arsenal propio de pensamientos de afrontamiento del estrés, los cuales se utilizarán para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales. El tercer paso es la utilización de las habilidades de relajación y de afrontamiento "in vivo" para ejercer presión sobre los hechos estresores que se consideran perturbadores mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento del estrés.

Es eficaz ante ansiedad interpersonal, general, a entrevistas, a hablar en público y ante los exámenes.

8.5.Guía de Instrucciones para la Imaginación Racional Emotiva (IRE)

Según Albert Ellis, consiste en utilizar la imaginación para afrontar una situación, experimentar las emociones que evoca y hacer las modificaciones adecuadas. Se utiliza del siguiente modo:

1. Céntrese en el problema que le preocupa e imagine de la forma más vívida posible una de las peores cosas que podrían ocurrirle. Por ejemplo, el miedo a conducir y que el coche se estropee en mitad de la autopista, imagine que sucede precisamente eso.
2. Sienta la emoción que aparece al imaginarlo, tome contacto con esa emoción, permítale sentirla en toda su intensidad. Siente cualquier emoción que aparezca espontáneamente, no la que cree que debería sentir. Mantenga esa emoción durante un minuto o dos, sintiéndola de verdad.

3. Después propóngase cambiar esa emoción negativa inadecuada por una emoción negativa adecuada. Por ejemplo, puede proponerse cambiar la ansiedad o el pánico por preocupación. O cambiar la ira por disgusto.
4. Cuando haga esto asegúrese de que no lo haya cambiando al suceso imaginado. Por ejemplo, si ha imaginado que alguien le insultaba y ha sentido ira, no imagine ahora que en realidad no quería hacer eso o que tal vez lo escuchó mal. Imagine que, efectivamente, le insulta y lo hace a propósito.
5. ¿Cómo cambiar esa emoción negativa inadecuada por otra emoción negativa adecuada? Para hacerlo se utiliza un pensamiento constructivo, cambiando las creencias por otras racionales y realistas, flexibles y no catastróficas. Por ejemplo: "Es verdad que me ha insultado, pero no hay ningún motivo real por el que no debería hacerlo, pues la gente es libre de decir lo que desee. Puedo detestar su comportamiento sin detestarlo como persona, y si siento disgusto en vez de ira tendré más posibilidades de decirle que me ha molestado y cambiar su conducta, y si no lo logro entonces puedo hacer dos cosas: aceptar que es así y tiene ese defecto, o bien puedo alejarme de esa persona definitivamente".

8.6. Entrenamiento autoinstruccional

El procedimiento completo consta de cinco pasos:

- 1º- El terapeuta o monitor actúa como modelo y lleva a cabo una tarea mientras se habla a sí mismo en voz alta sobre lo que está haciendo (Modelado cognitivo).
- 2º- El paciente lleva a cabo la misma tarea del ejemplo propuesto por el terapeuta, bajo la dirección de las instrucciones de éste (Guía externa en voz alta).
- 3º- El paciente lo vuelve a hacer mientras se dirige a sí mismo en voz alta (Autoinstrucciones en voz alta).
- 4º- Ahora el paciente lleva a cabo la tarea de nuevo, pero sólo verbalizando en un tono muy bajo (autoinstrucciones enmascaradas)
- 5º- El paciente guía su propio comportamiento a través de autoinstrucciones internas, mientras va desarrollando la tarea (autoinstrucciones encubiertas).

Lo que el modelo trata de enseñar a través de estas instrucciones puede concretarse en:

1º- Definir el Problema: ¿Qué tengo que hacer?

2º- Guía de la Respuesta: ¿Cómo tengo que hacerlo? (despacio, pinta la raya hacia abajo....).

3º- Autorrefuerzo: Lo estoy haciendo bastante bien.

4º- Autocorrección: En el caso de que no se alcance el objetivo propuesto, afrontar el error (si cometo un error puedo continuar. Iré más despacio).

Hay que recordar que el objetivo de esta técnica es modificar las verbalizaciones internas que el sujeto utiliza ante aquellos problemas o situaciones en los que habitualmente fracasa, realizando respuestas inadecuadas para alcanzar el objetivo. Así, pues, el éxito de la técnica viene determinado, no sólo por el cambio de verbalizaciones internas del sujeto, sino por el cambio de comportamiento ante dichas situaciones.

Es muy importante adecuar la técnica a las características del paciente. Se aconseja aplicarla de una forma lúdica o humorística si es el caso de niños para que el niño lo viva como un juego.

Se considera el modelado como el procedimiento más eficaz para enseñar las autoinstrucciones. No obstante, existen otros métodos como pueden ser el uso de comics o manuales de procedimiento.

6.7 Modelo Operativo.

SESION	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TÉCNICAS TERAPÉUTICAS/ RECURSOS
Primera	Establecer encuadre y alianza terapéutica	Recolección de información del paciente	- Entrevista Psicológica individual y familiar.
Segunda	Informar el objetivo de la terapia al paciente y familiares	Dialogar acerca de la finalidad y propósito de la Terapia Cognitivo Conductual	- Psicoterapia explicativa - Psicoterapia de apoyo
Tercera	Evaluación de las áreas	Utilizar el modelo de	- Historia clínica psicológica

	de funcionalidad del paciente	evaluación CASIC	multimodal
Cuarta	Definir técnicas de intervención Cognitivo Conductual	Entrenar en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento al estrés y al dolor	- Técnica de Inoculación del estrés - Técnica de Aserción en cubierta
Quinta	Definir técnicas de intervención Cognitivo Conductual	Entrenar en el aprendizaje de recursos de resolución de problemas	-Técnica de resolución de problemas -Técnica de toma de decisiones
Sexta	Definir técnicas de intervención Cognitivo Conductual	Entrenar en el aprendizaje de recursos de regulación emocional	- Técnica de la Imaginación Racional Emotiva IRE - Técnica del adiestramiento autoinstruccional
Séptima	Evaluar la actitud del paciente al proceso terapéutico	Identificar los resultados obtenidos	- Tareas para casa de las técnicas enseñadas. - Consulta con los familiares
Octava	Establecer el proceso de seguimiento	Verificar el logro de objetivos	- Retest del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ)

Cuadro N° 28:(cronograma del proceso terapéutico por sesiones)

Fuente: Manual de Psicoterapia Cognitiva

Elaboración: AriasSantiago

Nota:

- El plan de acción está basado en el enfoque de la Psicoterapia Cognitiva Conductual de Albert Ellis (1990).
- Las sesiones, pueden variar según el avance en cada paciente.

- Las técnicas empleadas, están explicadas en la fundamentación Científico Técnica.
- Este plan de acción puede ser modificado de acuerdo a las necesidades de cada paciente.
- Las sesiones serán de un mínimo de 45 minutos. Las mismas que pueden ser individuales o grupales con un máximo de 5 pacientes

6.8 Administración de la propuesta.

6.8.1 Recursos Humanos

Profesionales	Sueldo por hora (dos días a la semana)	Sueldo por mes	Total x los 4 meses de ejecución
Psicólogo clínico encargado del proyecto	25	100	400
Psicólogo clínico auxiliar	25	100	400
Pasantes de psicología	–	–	–
Médico gerontólogo	30	120	480
Total	80	320	\$ 1280

Cuadro N° 29 (desgaste humano)

Elaboración: Arias Santiago

6.8.2 Recursos Físicos o Institucionales.

Recursos	Nº	Valor/ mes	Valor/ total
Consultorio	1	0	0
Propiedad de la institución			
Total		0	0

Cuadro N° 30 (utilización de la parte física)

Elaboración: Arias Santiago

6.8.3 Recursos Materiales

Recursos	Valor/mes	Valor/ total
Material de información: libros, guías, test, internet, etc.	100	400
Material de escritorio: Esferos, impresiones, copias etc	100	400
Total	\$200	\$ 800

Cuadro N° 31 (desgaste material)

Elaboración: Arias Santiago

6.8.4 Otros recursos.

Recursos	Valor/mes	Valor/ total
Transporte	50	200
Refrigerios	50	200
Total	\$100	\$400

Cuadro N° 32 (otros recursos)

Elaboración: Arias Santiago

6.8.5 Presupuesto requerido.

Recursos Humanos	1280
Recursos Físicos	0
Recursos Materiales	800
Otros Recursos	400
Total	\$ 2.480

Cuadro N° 33 (total de presupuesto requerido)

Elaboración: Arias Santiago

6.8.6.- Cronograma de Aplicación y Evaluación de la Propuesta

SEMANAS	ACTIVIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE
Primera	Diálogo explicativo acerca de todo lo que es la Terapia Cognitivo Conductual a las personas con los pacientes y sus familiares	Explicación e información sobre la Terapia Cognitivo Conductual	Equipo Multidisciplinario (Psicólogo Clínico, Médico Gerontólogo, Fisioterapista)
Segunda a Decimo	Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual a los adultos mayores mediante el diseño e intervención de cada una de las técnicas propuestas	Evaluar resultados durante el proceso tanto medica como psicológica	Ps. Clínico Encargado del proyecto Ps. Clínico. Auxiliar Pasante de Ps. Clínica Médico Gerontólogo

Decimo primera a decimo segunda	Recopilación y tabulación de datos de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual	Identificar resultados de la Terapia y sus avances	Ps. Clínico Encargado del proyecto Ps. Clínico. Auxiliar Pasante de Ps. Clínica
--	--	--	---

Cuadro N° 34 (aplicación y evaluación de la propuesta)

Elaboración: Arias Santiago

6.9 Previsión de la Evaluación

EXPLICACIÓN	PREGUNTAS BASICAS
Las estrategias de afrontamiento al dolor	1.- ¿Qué evaluar?
Porque es un problema que afecta en el área cognitiva, afectiva, somática, interpersonal, y conductual de los adultos mayores.	2.- ¿Por qué evaluar?
Para saber el porcentaje y las medidas de prevención que se pueden tomar.	3.- ¿Para qué evaluar?
Teoría científico técnica de la Terapia Cognitivo Conductual, eficaz en el aprendizaje de nuevas cogniciones y conductas	4.- ¿Con qué criterios?
Estrategias de afrontamiento: Cognitivas, Afectivas y Conductuales Tipos de dolor: según su duración, intensidad y origen	5.- Indicadores
Departamento psicológico del Asilo Vida los Años	6.- ¿Quién evalúa?

Cuando comienza la fecha del proyecto y su ejecución	7.- ¿Cuándo evaluar?
Mediante la observación y análisis de los instrumentos escogidos	8.- ¿Cómo evaluar?
Bibliografía sobre la Psicoterapia Cognitiva Conductual	9.- Fuentes de información
Por medio de la entrevista psicológica, la historia clínica y la aplicación de pruebas psicométricas	10.- ¿Con qué evaluar?

Cuadro N^o 35 (previsión de la evaluación)

Elaboración: AriasSantiago

N ^o	Tiempo Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		Agos. 2011	Sept. 2011	Sept. 2011	Oct. 2011	Nov. 2011	Nov. 2011	Dic. 2011	Dic. 2011	Ene. 2012	Febr. 2012	Mar. 2012	Abril. 2012	May. 2012
1	Elaboración del proyecto	████████												
2	Prueba piloto		████████											
3	Elaboración del Marco teórico			████████										
4	Recolección de información				██									
5	Procesamiento de datos									████████				
6	Análisis de los resultados y conclusiones									████████				
7	Formulación de la propuesta										████████████████████			
8	Redacción del informe final													████████

BIBLIOGRAFÍA

- ELLIS, A. (2001) Manual de Terapia Racional Emotiva. Bilbao, España.
- RISO, W, (2005) Pensar bien, sentirse bien. Bogotá Colombia.
- BECK A, (2003) Psicoterapia Cognitiva para la depresión, Madrid España
- RISO W, (2007) Amar no depender, ed. 7ma Madrid España Gripo Norma
- LAZARUS, R.S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca. (Or. 1984).
- FRYDENBERG y Otros. (1997) ACS Escalas de afrontamiento para adolescentes. Adaptación española de Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos. Madrid, TEA Ediciones
- MUSLOW, G. (1994). Proceso de afrontamiento en una etapa del ciclo vital de las mujeres: La mediana edad. Tesis Doctoral. Universitat de València.
- GALÁN RODRÍGUEZ, A. (2000). Conducta de enfermedad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.
- BALAREZO, L (2000) Psicoterapia. Universidad Central del Ecuador
- CASTRO C. (1995). Un estudio comparativo de las estrategias de afrontamiento al estrés en distintos grupos de edad. Revista Española de Geriatría y Gerontología,
- ESTEVE, M.R., y LÓPEZ, Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. Revista de Psicología de la Salud.
- RAMÍREZ C. (2003). Evaluación del funcionamiento diario en pacientes con dolor crónico. Psicología Conductual
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Ed. Masson S.A (2005)
- LOESER, J. y Otros (2001) Terapéutica del Dolor. México Mc Graw-Hill
- HERRERA, Luis y otros (2004) Tutoría de la Investigación Científica, Quito. Ecuador

ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANEXO I - CUESTIONARIO.

Objetivo: Obtener información acerca de las estrategias cognitivas de afrontamiento

Datos generales:

Institución.....Fecha de encuesta: Ficha N⁰:

CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CSQ

Responda marcando con una X en la casilla correspondiente, con qué frecuencia realiza las siguientes acciones cuando tiene dolor. Utilice la siguiente escala

0=Nunca; 1=Casi nunca; 2=Pocas veces; 3= A veces; 4=Muchas veces; 5=Casi siempre; 6=Siempre

1	Veo al dolor como un desafío (“haber quién puede más, él, o yo”) y no deajo que me moleste	0 1 2 3 4 5 6
2	Creo que no puedo más	0 1 2 3 4 5 6
3	Me digo a mi mismo que no puedo permitir que el dolor interfiera en lo que tengo que hacer	0 1 2 3 4 5 6
4	Me pongo a cantar o a tararear canciones mentalmente	0 1 2 3 4 5 6
5	No presto atención a dolor	0 1 2 3 4 5 6
6	Hago cosas que me gustan, ver la televisión o escuchar la radio	0 1 2 3 4 5 6
7	No pienso en el dolor	0 1 2 3 4 5 6
8	Realizo juegos o distracciones mentales para quitarme el dolor de la cabeza	0 1 2 3 4 5 6
9	Salgo de la casa o hago algo como ir al cine o de compras	0 1 2 3 4 5 6
10	Me digo a mi mismo que puedo superar el dolor	0 1 2 3 4 5 6
11	Paseo mucho	0 1 2 3 4 5 6
12	El dolor es terrible y pienso que nunca me pondré mejor	0 1 2 3 4 5 6
13	Tengo confianza en que algún día los médicos me curarán el dolor	0 1 2 3 4 5 6
14	Creo que algún día alguien me ayudara y el dolor desaparecerá	0 1 2 3 4 5 6
15	Me imagino que el dolor esta fuera de mi	0 1 2 3 4 5 6

16	Creo que no puedo soportarlo más	0 1 2 3 4 5 6
17	Hago como sino doliera nada	0 1 2 3 4 5 6
18	Hago como si el dolor no fuera parte de mi	0 1 2 3 4 5 6
19	Rezo a Dios para que no dure más el dolor	0 1 2 3 4 5 6
20	Me pongo hacer cosas como tareas domésticas o planear actividades	0 1 2 3 4 5 6
21	Rezo para que pare el dolor	0 1 2 3 4 5 6
22	Me digo a mi mismo que no me duele	0 1 2 3 4 5 6
23	Pienso que no vale la pena vivir así	0 1 2 3 4 5 6
24	Aunque me duela sigo con lo que estuviera haciendo	0 1 2 3 4 5 6
25	No importa lo grande que sea el dolor, sé que puedo con el.	0 1 2 3 4 5 6
26	Trato de imaginarme un futuro en el que me haya librado del dolor	0 1 2 3 4 5 6
27	Me digo a mi mismo que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor	0 1 2 3 4 5 6
28	Continuo con lo que estaba haciendo como si no pasara nada	0 1 2 3 4 5 6
29	Ignoro el dolor	0 1 2 3 4 5 6
30	Trato de distanciarme del dolor, como si el dolor estuviera en otro cuerpo	0 1 2 3 4 5 6
31	El dolor es horrible y siento que me desborda	0 1 2 3 4 5 6
32	Me paso el día preocupado de si acabara alguna vez el dolor	0 1 2 3 4 5 6
33	Trato de no pensar en que el dolor esta en mi cuerpo, sino que más bien está fuera de mi	0 1 2 3 4 5 6
34	Pienso en cosas que disfruto haciendo	0 1 2 3 4 5 6
35	Trato de estar con otras personas	0 1 2 3 4 5 6
36	Recuerdo buenos momentos del pasado	0 1 2 3 4 5 6
37	Cuento con mi fe en Dios	0 1 2 3 4 5 6
38	Me acuesto	0 1 2 3 4 5 6
39	Pienso en personas que me gusta estar	0 1 2 3 4 5 6

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
ANEXO II

FICHA MÉDICA

1. Ficha de Identificación

Nombre _____
Edad _____ Sexo ____ Edo. Civil _____ Ocupación _____
_____ Origen _____ residencia _____
Persona resp. _____ Religión _____
Ingreso __/__/__ Elaboración __/__/__

2. Antecedentes

a) Heredo Familiares

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tuberculosis, Diabetes Mellitus, Hipertensión,
Carcinomas, Cardiopatías, Hepatopatías,
Nefropatías, Enf.endocrinas, Enf. Mentales,
Epilepsia, Asma, Enf. Hematológicas.

*Investigar etiología y edades de Morbimortalidad en abuelos, padres, hijos,
conyuges, hermanos.

b) Personales Patológicos

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Transfusiones, Intervenciones Quirúrgicas, Traumatismos
Enf. Infecciosas de la infancia, Tb , Enf. Venéreas, Fiebre
Tifoidea, neumonías, Enf. Alérgicas, Pad. Articulares

c) Personales No patológicos

Baño _____ lav. dientes _____, habitación
_____ zoonosis _____ Tabaquismo (cig/día/años)
_____,
Alcoholismo _____ Toxicomanías _____ Alimentación (f/ tipo)
_____ Deportes _____
Escolaridad _____ Inmunizaciones _____ alergias

d) Gineco – obstétricos

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Menarca _____ Ritmo Menstrual (f/d/c) _____ FUM
_____ FPR _____ IVSA _____ FPP _____

5. Interrogatorio por aparatos y sistemas

Aparato digestivo. Nausea, vomito, (hematemesis), dolor abd. meteorismo, constipación, diarrea

.....
.....
.....

Aparato cardiovascular. Disnea, tos (seca. prod.), hemoptisis, dolor precordial, palpitaciones, cianosis edema y manifestaciones perifericas (acúfenos, fosfenos, síncope, lipotimia, cefalea, etc)

.....
.....
.....

Aparato respiratorio. Tos, disnea, dolor torácico, hemoptisis, cianosis, vomica, alteraciones de la voz.

.....
.....
.....

Aparato Urinario. Alteraciones de la micción (poliuria, anuria, polaquiuria,oliguria, nicturia, opsiuria, disuria, tenesmo vesical, urgencia, chorro, enuresis, incontinencia) caracteres de la orina (volumen, olor, color, aspecto) dolor lumbar, edema renal, hipertensión arterial

.....
.....

Aparato genital. Criptorquidia, fimosis, función sexual. Sangrado genital, flujo o leucorrea, dolor ginecológico, prurito vulvar.

.....
.....

Aparato hematológico. Datos clínicos de anemia (palidez, astenia, adinamia y otros), hemorragias, adenopatías, esplenomegalia.

.....
.....

Sistema endocrino. Bocio, letargia, bradipsiquia (lalia), intol. calor/frío, nerviosismo, hiperquinesis, carac. sexuales, galactorrea, amenorrea, ginecomastia, obesidad, ruborización.

.....
.....

Sistema osteomuscular. ganglios, xeroftalmia, xerostomia, fotosensibilidad artralgias/mialgias, Raynaud.

.....
.....

Sistema nervioso. cefalea, síncope, convulsiones, déficit transitorio, vértigo, confusión y obnub., vigilia/sueño, parálisis y M, marcha y equilibrio, sensibilidad.

.....
.....

Sistema sensorial. visión, agudeza, borrosa diplopia, fosfenos, dolor ocular, fotofobia, xeroftalmia, amaurosis, otalgia, otorrea y otorragia, hipoacusia, tinitus, olfacción, epistaxis, secreción.

.....
.....
Psicosomático. Personalidad, ansiedad, depresión, afectividad, emotividad,
amnesia,
voluntad, pensamiento, atención, ideación suicida, delirios.

.....
.....
6. Diagnósticos anteriores

.....
.....
.....
.....
.....
.....
7. Terapéutica empleada anteriormente

.....
.....
.....
.....
.....
.....
1. Signos Vitales

1.1. FC:

1.2. TA:

1.3. FR:

1.4. Peso actual:

1.5. Temperatura

2. Exploración general

.....
.....
.....
.....
.....

3. Exploración regional (inspección, palpación, percusión, auscultación, comb.)

1. cabeza

.....
.....

2. cuello

.....
.....

3. tórax

.....
.....

4. abdomen

.....
.....

5. miembros

.....
.....

6. genitales

.....
.....

Comentario

.....
.....

Imp. Diagnóstica

.....
.....

Pronostico

.....
.....

Tratamiento

.....
.....

**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
ANEXO III**

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

1. DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE.....
**LUGAR Y FECHA DE
NACIMIENTO**.....
EDAD.....**SEXO**.....**ESTADO
CIVIL**.....
**NUMERO DE
HIJOS**.....**INSTRUCCION**.....**PREFESION**.....
OCUPACION.....**RESIDENCIA**.....

2. MOTIVO DE CONSULTA

.....
.....

3. ENFERMEDAD ACTUAL

.....
.....

4. HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

.....
.....

5. PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLOGICA

PRENATAL.....

.....

NATAL.....

.....

INFANCIA.....

.....

PUBERTAD.....

.....

ADOLESCENCIA.....

.....

.

JUVENTUD.....

.....

.....

MADUREZ.....

.....

.....

6. PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLOGICA

.....

.....

7. HISTORIAL SOCIAL.

.....

.....

8. HISTORIA LABORAL

.....
.....

9. HISTORIA PSICOSEXUAL

.....
.....

10. EXAMENES DE FUNCIONES PSICOLOGICAS

ÁREA COGNITIVA:

.....
.....
.....

ÁREA AFECTIVA:

.....
.....
.....

ÁREA SOMÁTICA:

.....
.....
.....

ÁREA INTERPERSONAL:

.....
.....
.....

ÁREA CONDUCTUAL:

.....
.....
.....

11. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

.....
.....

12. EXAMENES PSICOLOGICOS

.....
.....
.....

13. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

.....
.....
.....

14. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Eje I (Trastorno identificado: por ejemplo depresión, anorexia nerviosa..etc.)

.....

Eje II (Rasgos o trastornos de la personalidad. Carácter. Por ejemplo: obsesivo, histriónico, etc.)

.....

Eje III (Trastornos somáticos identificados. Por ejemplo: hernia discal)

.....

Eje IV (Estrés situacional agudo o crónico. Por ejemplo: Graves problemas de relación conyugal y situación de despido laboral vivida depresivamente)

.....

Eje V (Grado de adaptación psicosocial. Por ejemplo: Bien adaptado socialmente con amigos y presencia de problemas con compañeros de trabajo)

.....

15. PRONOSTICO

.....

.....

16. RECOMENDACIONES

.....

.....

