



DEPARTAMENTO DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

**“ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO GRUPAL DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE
EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DESDE EL MODELO
INTEGRATIVO”.**

Tesis previa a la obtención del título de:

Magíster en Psicoterapia Integrativa

AUTORA:

Ps. C. Diana Campos P.

DIRECTOR:

Mgt. Sebastián Herrera.

CUENCA - ECUADOR

2015

AUTORÍA

Las ideas y contenidos vertidos en la presente Tesis de Grado son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Cuenca/ Febrero /2015

Diana Campos Peralta

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi querido y estimado esposo que ha sido el impulso durante la elaboración de este trabajo, gracias a su apoyo constante e incondicional, por ser mi guía y mi colega inseparable en este camino y sobre todo mi pilar fundamental para la culminación exitosa del mismo. Gracias infinitas.....

A mi precioso hijo Matías para quien ningún sacrificio es suficiente, que con sus travesuras y ocurrencias deleitan mi existencia cada día.

A mi madre por su apoyo y confianza.

Y a aquellos adultos mayores que ya no nos acompañan en esta tierra y que de alguna manera siguen estando presentes en nuestras memorias.

Con Afecto y Admiración Diana

AGRADECIMIENTO

Agradezco de una manera especial a mi director de tesis Mst. Sebastián Herrera por su tiempo, dedicación y paciencia empleados en la elaboración de este trabajo investigativo.

También a los miembros del tribunal Mst. Mario Moyano y la Mst. Alexandra Córdova por sus observaciones y sugerencias realizadas para el mejoramiento y presentación del trabajo.

Al Hogar Cristo Rey en especial a la Directora Sor Rosa y a la Psicóloga Clínica de la institución Tamara Durazno por la apertura brindada y el apoyo incondicional recibido para la aplicación del dispositivo grupal.

Y por el último a aquellas personas que con su apoyo y ayuda hicieron posible la culminación de este trabajo.

RESUMEN

En el presente trabajo investigativo se elaboró y aplicó un dispositivo psicoterapéutico de modelo integrativo, capaz de disminuir niveles de ansiedad ante la muerte en adultos mayores. La muestra estuvo integrada por 12 pacientes del Hogar Cristo Rey de la ciudad de Cuenca, de ambos sexos, alfabetizados, con un rango de edad comprendido entre los 65 y 80 años. Para medir los niveles de ansiedad ante la muerte se aplicó la Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte, la que fue administrada antes y después del dispositivo psicoterapéutico.

Los resultados arrojados indicaron una disminución significativa de la ansiedad ante la muerte en todos los factores medidos por el instrumento.

ABSTRACT

This research work is about the development and application of an integrative psychotherapeutic instrument capable of decreasing death anxiety levels in the elderly. The sample consisted of 12 patients of both sexes, literate, with an age range between 65 and 80 years at *Cristo Rey* Nursing Home in Cuenca. In order to measure the levels of death anxiety, the Revised Death Anxiety Scale was applied, which was administered before and after the psychotherapeutic instrument. The results indicated a significant reduction in death anxiety in all factors measured by the instrument.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INDICE

PARTE PRELIMINAR

AUTORÍA	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INDICE GENERAL	VII

INTRODUCCIÓN	1
--------------	---

CAPÍTULO I: LA MUERTE

1.1. Introducción	3
1.2. Evolución Histórica de la Muerte	4
1.3. Concepto de Muerte.	5
1.4. Tipos de Muerte.	5
1.4.1. Muerte Biológica	5
1.4.2. Muerte Psicológica	6
1.4.3. Muerte Social	6
1.5. Actitudes del Adulto Mayor Ante la Muerte	7
1.6. Diferencias Culturales Ante la Muerte	10
1.7. Reacciones Ante la Muerte	12
1.7.1 Reacciones Físicas	13
1.7.2. Reacciones Emocionales	13
1.7.3. Reacciones Intelectuales	13
1.7.4. Reacciones Sociológicas	13
1.8. Manifestaciones Psicológicas Ante la Muerte	14
1.9. Ansiedad y Miedo Ante la Propia Muerte: Etapas	14
1.10. Ansiedad y Miedo Ante la Muerte del Otro	16
1.11. Muerte y Niños	16
1.12. Adolescentes, Adultos y Muerte	18
1.13. Reacción Emocional de Familiares Ante la Muerte de un Miembro	19
1.14. Conclusiones	20

CAPÍTULO II: LA ANSIEDAD

2.1. Introducción	21
2.2. Concepto de Ansiedad	22
2.3. Manifestaciones de la Ansiedad	22
2.4. Diferencia Entre Ansiedad y Miedo	23
2.5. Manifestaciones Fisiológicas, Cognitivas y Conductuales de la Ansiedad	24
2.6. Teorías Sobre la Ansiedad	25
2.7. Criterios Diagnósticos de Trastornos de Ansiedad Según el DSM-V	27
2.8. Ansiedad Ante la Muerte	28
2.9. Religión y Ansiedad	30
2.10. Género y Ansiedad	31
2.11. Conclusiones	32

CAPÍTULO III: VEJEZ Y ADULTO MAYOR

3.1. Introducción	33
3.2. Concepto de Vejez	34
3.3. La Personalidad en la Vejez	34
3.4. Características del Adulto Mayor	35

3.5. Trastornos de la Vejez	36
3.5.1. Suicidio en el Adulto Mayor	37
3.5.2. Alucinaciones y Delirios	37
3.5.3. Enfermedad de Alzheimer	39
3.6. Espiritualidad y Vejez	40
3.7. Psicoterapia en la Vejez	41
3.8. Factores de Riesgo en el Adulto Mayor	43
3.8.1. Biológico	44
3.8.2. Psicológico	45
3.8.3. Social	45
3.9. El Adulto Mayor y la Muerte	46
3.10. Asilos o Centros de Atención Para el Adulto Mayor	47
3.11. Conclusiones	48
CAPÍTULO IV: TERAPIA DE GRUPO	
4.1. Introducción	49
4.2. Concepto de terapia de Grupo	50
4.3. Especificidad de los grupos: valor agregado para la terapia.	50
4.4. Razones Claves del valor agregado de los grupos	51
4.5. Características del terapeuta del grupo	51
4.6. Características de los participantes de grupo	52
4.7. Estructura Grupal	52
4.8. Selección de los pacientes para la terapia de grupo	52
4.9. Criterios de Inclusión y Exclusión	53
4.10. Composición del grupo	53
4.11. Organización del grupo	54
4.12. Tamaño, registro y horarios	54
4.13. Fases Macro de terapia Grupal	55
4.14. Técnicas de Intervención	55
4.14.1. Técnicas Cognitivas	56
4.14.1.1. Psicoeducación	57
4.14.1.2. Reestructuración Cognitiva	58
4.14.2. Técnicas Conductuales	59
4.14.2.1. Intención Paradójica: la hora de preocuparse	60
4.14.2.2. Técnica de Distracción	61
4.14.2.3. Técnica de Relajación Muscular Progresiva	62
4.14.2.4. Técnica de Inundación	63
4.15. Técnica de Cine	64
4.16. Técnicas Experienciales	66
4.16.1. Biodanza	66
4.16.2. Mindfulness	68
4.17. Conclusiones	69
CAPÍTULO V: PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL PARA EL MANEJO DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN EL ADULTO MAYOR	
5.1. Introducción	71
5.2. Metodología	71
5.3. Fases del Proceso	73
5.3.1. Evaluación	73
5.3.2. Instrumentos	73
5.3.3. Ejecución y Aplicación de Técnicas	75
5.4. Psicoeducación	78
5.5. Reestructuración Cognitiva	80
5.6. Intención Paradójica: la hora de preocuparse	83
5.7. Técnica de Distracción	84

5.8. Técnica de Relajación Muscular Progresiva	85
5.9. Técnica de Inundación (Imaginería)	87
5.10. Técnica de Cine	89
5.11. Biodanza	91
5.12. Mindfulness	92
5.13. Análisis de Datos	96
5.14. Resultados	97
CONCLUSIONES GENERALES	101
RECOMENDACIONES	102
BIBLIOGRAFÍA	103
ANEXOS	106
ANEXO 1	107
ANEXO 2	108
ANEXO 3	110

INTRODUCCIÓN

El tema a tratar en el presente trabajo investigativo es el “Abordaje Psicoterapéutico Grupal de Ansiedad ante la muerte en el Adulto Mayor Institucionalizado desde el Modelo Integrativo”.

Se trata de un tema que despierta un interés considerable en las personas, ya que encierra misterios aun no resueltos por la ciencia.

Necesariamente al hablar de la muerte, también nos referimos al proceso anterior a ésta: la vida, y la particular existencia del hombre en relación a estos dos temas.

Pese a que esta tesis pareciera versar sobre la muerte, en realidad versa especialmente sobre la vida, la vida de un individuo cuyas características biológicas y evolutivas, le permiten simbolizar, interpretar y concienciar aquel inminente y desconocido fenómeno denominado muerte.

Los efectos de esta conciencia de muerte en el ser humano pueden ser muy diversos, tan diversos como las diferentes formas de experimentar sensaciones ante diferentes estímulos.

Al ser éste un estudio que pretende ser un aporte a la psicología clínica, nos hemos orientado a las experiencias clínicamente significativas relacionadas con la conciencia de muerte, dentro de las cuales, las más comunes y significativas, parecen ser las respuestas de temor y ansiedad.

El temor ante la muerte ha presentado algunas definiciones como: el miedo a lo desconocido, a dejar de existir, a separarse o a perder personas queridas y cercanas. Pero sobre todo, lo más angustiante es el desconocer como será la propia muerte, si será dolorosa o no, y si existe algo después de ella.

La ansiedad ante la muerte puede fluctuar en intensidad de acuerdo a diversos factores como: el tipo de personalidad, el estilo de vida del sujeto, el grado de emocionalidad que el individuo presente, y experiencias vicarias previas ante la muerte. Probablemente la edad es un factor de relevancia en lo que respecta a la interpretación de proximidad del fin de la vida.

Es por ello que en el presente estudio nos hemos interesado por este fenómeno psicológico en personas adultas mayores, en las que este tema y su impacto, resultan relevantes, al existir una interpretación y sensación de proximidad de muerte mayor que otras categorías etáreas.

El presente estudio se propone integrar estrategias psicoterapéuticas que sean capaces de influir en personas adultas mayores, generando una conciencia de muerte pacífica, calma, constructiva y saludable.

Este planteamiento investigativo se realiza con adultos mayores institucionalizados del Hogar Cristo Rey, de la ciudad de Cuenca, y consta de los siguientes apartados:

Capítulo I: hace referencia al tema de la muerte, significado, evolución histórica y las concepciones brindadas desde diversas culturas.

Capítulo II: se aborda el tema de la ansiedad, concepto, manifestaciones fisiológicas, cognitivas, conductuales y ansiedad ante la muerte, actitudes que los adultos mayores presentan frente a ella.

Capítulo III: hace referencia al tema de la vejez y del adulto mayor, cambios y procesos que se van presentando en esta etapa de vida.

Capítulo IV: se aborda el tema de la terapia grupal, concepto, estructura y fases.

Capítulo V: trata la propuesta metodológica, objetivo general, los objetivos específicos, procedimiento, resultados obtenidos antes y después de la aplicación del dispositivo grupal. Finalmente se abordan las conclusiones y correspondientes recomendaciones.

CAPÍTULO I

LA MUERTE

1.1. Introducción

En este capítulo se abordará el tema de la muerte, sus concepciones, significados y sentimientos acerca de ella y su relación con el adulto mayor.

La muerte es conceptuada como un momento de reflexión que permite reconciliarnos con nosotros mismos y con aquellas personas que hemos compartido nuestras vidas. La muerte se constituye como una constante antropología en la historia de la humanidad y la necesidad que surge de que sea investigada desde una mirada psicológica.

La muerte es un proceso biológico, psicológico y social que sin duda alguna ha llamado la atención del ser humano, por representar una parte del ciclo vital y además por los mitos y creencias que encierra a su alrededor como: curiosidad, pensamientos y sentimientos variados como lo que pudiese ocurrir después de la muerte, es decir que le espera al ser humano luego de morir.

Podemos referir que las personas sea cual fuese su edad, situación y género desconocen las condiciones en que la muerte llegará a sus vidas y ese temor de no saber el lugar, el momento y las circunstancias en que van a morir genera en los seres humanos un sin número de sensaciones, ya que la muerte se la implica como algo irreversible y la imposibilidad total del retorno.

La actitud que el ser humano demuestre ante la muerte estará fuertemente relacionada con las experiencias que hay tenido en relación con la misma, las creencias que tienen acerca de la misma y sobre todo de la concepción que tiene de lo que es un ser humano.

En la actualidad las personas evitan hablar de la muerte o de algún aspecto relacionado con la misma, la postura adoptada por la mayoría de las personas son de conductas evasivas, de miedo, temor y de ansiedad ante la muerte.

1.2. Evolución Histórica de la Muerte

La muerte ha sido un tema de gran interés y controversia que ha preocupado al hombre por mucho tiempo, pues trata de conocer su origen, causas, significado y consecuencias intentando hallar respuestas a los misterios que ella encierra.

El interés por conocer el tema de la muerte se ha enfocado desde diversas perspectivas pues hablamos que se trata de un fenómeno biológico, psicológico y social de vital trascendencia en la vida del hombre; un tema que despierta un interés considerable en la mayor parte de profesionales ya que tan importante como el origen de la vida es también el tema de la muerte, hecho que hay que dar una breve mirada a la historia de la cultura humana para ver a la muerte en todo tipo de manifestaciones. Un tema que ha inspirado a poetas a crear versos y poesías de la misma, representaciones de la muerte también aparecen en pinturas, cuadros plasmados por artistas. Las primeras aportaciones son provenientes del arte, la espiritualidad, el pensamiento y la antropología (Valdés, 1994).

Se puede afirmar que los estudios profundos acerca de los aspectos psicológicos de la muerte se inician en el año 1959 con Feifel con su obra denominada *The Meaning of Death*, consagrándose como uno de los pioneros de este tema y considerado como el padre de la nueva psicología sobre la muerte; se trata de un trabajo que descubre la nueva significación de la muerte mediante aspectos psicológicos, filosóficos y psiquiátricos dando lugar a un nuevo tema la Psicología de la Muerte. Dicho estudio se complementa más tarde en 1977 con la obra del mismo autor *New Meaning of Death* en la que se abordan temas sobre la Psicología evolutiva y la muerte, aspectos clínicos y las respuestas a la muerte, donde colaboran autores relevantes como Kastenbaum, Simpson, Shneidman, Saunder y Levinton.

En la década de los 60 prevalecen cuestionamientos y problemas tales como la Psicología del Enfermo Terminal, su entorno físico y social, el concepto de la muerte en niños y la construcción de Escalas para medir las actitudes ante la Muerte.

En la década de los 70 se produce un ligero cambio en las orientaciones de investigación acerca de la muerte, las posturas se hacen más radicales. En ésta década aparecen temas relacionados con la muerte y el morir exclusivamente y el libro de Kastenbaum.

En la década de los 80 no han variado sustancialmente las orientaciones sobre el tema, en España se inicia los estudios científicos sobre la muerte y el morir, cuyo interés se ha acrecentado en forma gradual hasta nuestros días.

1.3. Concepto de Muerte

La ciencia define a la muerte “como el cese absoluto y definitivo de todas las funciones biológicas, que incluye la interrupción total e irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria y el cese, también irreversible, de todas las funciones cerebrales” (Santamaría, 2008, p. 7).

Para la psicología la muerte constituye una de las fuentes de angustia más importantes y significativas, ya que la muerte supone el momento final de la vida de una persona. El fenómeno de la muerte ha propiciado desde tempranas épocas los más complejos y elaborados sistemas de creencias y prácticas religiosas que le han servido a la humanidad para explicar, entender y manejar el hecho de la muerte.

Las diferentes culturas y generaciones han abordado de manera peculiar a la Muerte con diversas creencias y costumbres.

De manera universal la muerte se presenta para el hombre como un hecho que trasciende lo exclusivamente natural o fisiológico, considerándose desde dos dimensiones: una individual en cuanto afecta al sujeto y la otra social ya que afecta a las personas que conviven o se relacionan con la persona que muere (Pérez y Velasco, 2011).

1.4. Tipos de Muertes:

A continuación se establecen los diversos tipos de muerte:

1.4.1. Muerte Biológica

El concepto de muerte biológica o física ha ido evolucionando a lo largo de este siglo paralelamente a los avances científicos – técnicos experimentados y a las necesidades jurídico legales de determinación del momento exacto de la muerte como hecho y de sus

causas. Aspectos que por otra parte son de gran trascendencia por ejemplo, en la extracción de órganos, realización de funerales, etc.

Por muerte biológica se entiende la detención completa y definitiva de las funciones vitales, sobre todo del corazón, cerebro y pulmones.

1.4.2. Muerte Psicológica

Para Rubio, 1988 (citado en Limonero, 2008) define a la muerte psicológica como la forma en que la persona siente a la muerte, haciendo referencia a sus sentimientos experimentados.

El concepto de muerte en el hombre y la forma en como la conciben son siempre relativas, el concepto de la muerte en sí varía en función de sus diferentes períodos que se dan en la vida de toda persona: infancia, adolescente, adultez y senectud.

Para Limonero, 2008 (citado en Rubio, 1988) queda patente en los sentimientos que experimentan los supervivientes de una tragedia o los deudos que han visto morir a un ser querido, los psicóticos o dementes que han perdido su conciencia, aquellas personas que viven solas o los ancianos que viven abandonados en asilos. Las personas seniles presentan innumerables problemas psicológicos: deficiencia a nivel cognitivo, rigidez personal, pérdida de interés, sensación de inutilidad, disminución de autoestima que conllevan progresivamente a la muerte psicológica.

1.4.3. Muerte Social.

La senectud mata progresivamente debido a las deficiencias funcionales de determinados órganos, a la dificultad de recuperación, tanto en lesiones como en enfermedades, pérdida de autonomía pero sobre todo a la pérdida de la capacidad productiva y económica, a la jubilación, etc.

Como señala Rubio, 1988 (citado en Limonero, 2008), la muerte social en sí misma, el anciano pierde su papel relevante dentro de la sociedad, quedando relegado o incluso internado en un asilo, geriátrico u hospital.

Dentro de la muerte social también podríamos mencionar la pérdida del rol familiar, debida no solo a la vejez, enfermedad, sino también al lugar de trabajo.

1.5. Actitudes del Adulto Mayor ante la Muerte

La actitud es uno de los conceptos más relevantes de la psicología social no es un concepto aislado, sino que de igual forma está en estrecha relación con otros conceptos psicológicos como motivación, personalidad y conducta.

Allport, 1935 (citado en Santamaría, 2008, p.12) define a la actitud como “un estado de disposición nerviosa y mental, organizada mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico o directivo sobre las respuestas que un individuo da a los objetos y situaciones con que ella está relacionada”.

Según Santamaría (2008) la actitud presenta los siguientes componentes:

- **Cognitivo:** hace referencia a las ideas y creencias sobre el objeto de la Actitud.
- **Afectivo:** se refiere a las emociones que produce el objeto de la actitud.
- **Conductual:** se refiere a la acción con respecto al objeto de la actitud.

Los tres componentes pueden o no estar relacionados. Los adultos mayores necesitan que se valore esta etapa de la vida y debemos tratarles con humanidad y cercanía.

Las actitudes ante la muerte son producto de la educación brindada, la misma que varía en función del contexto cultural y social. Las mismas que están estrechamente relacionadas con la visión personal del mundo y con la posición que el ser humano ocupa en el mundo.

La muerte genera todo tipo de actitudes y emociones siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes.

Para Limonero, 1997 (citado en Santamaría, 2008, p. 14) la ansiedad ante la muerte se puede entender “como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia”.

La ansiedad podría aparecer ante la existencia de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido o por estímulos situacionales que por asociación con los anteriores han condicionado estímulos internos del sujeto tales como pensamientos o imágenes relacionadas con la muerte propia o la de un ser querido (Vallejo, 2008).

La actitud ante la muerte dependerá de diversos factores tales como la personalidad del sujeto, su estilo de vida, su estilo sociocultural, las relaciones humanas que tengan y que se manifiesten con la familia y amigos.

Conviene ayudar al Adulto Mayor a aceptar la realidad, la situación, la edad que se tiene, con todas sus limitaciones sólo así se podrá llevar a plenitud sus potencialidades.

A pesar del fuerte impacto que la muerte de seres queridos puede ejercer en la población anciana, distintas investigaciones han puesto de manifiesto que en ocasiones son desproporcionadamente mayores las expectativas y preconcepciones que la población e incluso los profesionales de la salud mantienen sobre las extremas reacciones tanto fisiológicas como psicológicas esperables en los ancianos en esta situación, que las que real y objetivamente se producen Wortman y Silver, 1989 (citado en Santamaría, 2008).

Se pone de manifiesto que a pesar del impacto que estas muertes ejercen sobre la salud y el equilibrio del adulto mayor, especialmente en las primeras semanas el anciano es capaz de desarrollar estrategias de afrontamiento que le permitan superar este estado, sobre todo cuando se le presta la ayuda oportuna. Una vez que el anciano tiene que enfrentar la pérdida de un ser querido lo hace con mucha más eficacia de lo que él mismo habría esperado, debido a que pone en marcha y utiliza recursos tanto internos como externos, de los que no tenía conocimiento o a los que no valoraba como útiles con anterioridad.

Connotaciones importantes adquiere el tema de la muerte cuando los ancianos se encuentran en una institución, sea ésta centro geriátrico, asilos, etc. Ya que en ellas no solo permanecen mucho tiempo sino que además se encuentran reducidas sus relaciones con el mundo exterior. Por ello la muerte de un residente significa para el anciano la ruptura de una parte importante de sus escasas relaciones cotidianas.

Para Thomas, 1991 (citado en Santamaría, 2008) refiere que los ancianos institucionalizados reaccionan ante la muerte de sus compañeros de una forma muy uniforme, es una mezcla curiosa de pena, dolor, tristeza, cólera (sobre todo si el moribundo ha sufrido), una vez más las actitudes del anciano ante la muerte de un compañero residente van a depender del grado y del tipo de relación que mantuvieron con él, de la personalidad del fallecido y de las circunstancias de su muerte.

A lo largo de nuestra existencia, el ser humano lucha contra el deterioro, esto se va acentuando más a medida que avanzamos en nuestra etapa de la vida es entonces cuando los pensamientos de la muerte son más frecuentes y constantes.

Según Brunet, 2005 (citado en Vallejo, 2008) señala que el contacto con la muerte nada tiene que ver con la vivencia de décadas anteriores. La mayoría de los niños no han visto una persona grave o enferma llegando a la edad adulta sin haber experimentado una pérdida. Se les aparta del dolor, de la enfermedad y de la muerte llevándolos a otros lugares para que no sufran la pérdida de un familiar.

Cuando se es anciano, se hace patente la conciencia de que la muerte está cada vez más cerca. La concepción de la vida y de la muerte adquieren otros matices. Estos matices están condicionados por creencias religiosas, factores educacionales, cultura y por las propias experiencias.

La muerte forma parte de la vida. Ya entre los 5 y 7 años de edad los niños empiezan a comprender que la muerte es irreversible y universal y empiezan a temer mucho por la muerte de sus seres queridos (Santamaría, 2008).

Los ancianos dependientes no temerán la muerte ni el deterioro si están rodeados y cuidados por personas que no temen el envejecer ni el morir.

Para Santamaría (2008) en la actualidad existen varios estudios biológicos, psicológicos, sociológicos y médicos sobre la muerte; la forma en como las personas conciben a la muerte como tal, siendo distinto en cada comunidad, clase social, poniendo de manifiesto que la muerte no sólo es un fenómeno natural, sino también social.

Según Kubler Ross (citado en Iglesias, 2013) se establecen 5 fases o etapas del morir en el enfermo que son:

- **Negación:** frente al diagnóstico de una enfermedad y ante el pronóstico de una muerte, el paciente niega el creer que ese problema tenga que ver con ella, el paciente suele asumir que hubo una equivocación por parte de los médicos y de los

exámenes o que las pruebas que le hayan realizado no correspondía a él sino a otro paciente.

- **Ira, Enfado y Cólera:** el paciente terminal se da cuenta de que su situación con respecto a su salud es crítica y grave, empieza con una serie de sentimientos entre ellos resentimiento hacia aquellas personas que gozan de una excelente salud, sentimientos de culpa a sí mismos, a la familia y entorno que le rodea (médicos, cuidadores).
- **Pacto, Negociación:** el enfermo trata de cambiar su realidad, de aliarse con Dios para que las cosas se modifique, entonces surge en el paciente una serie de promesas de cambiar su vida, de portarse bien si no lo ha hecho, de mejorar en todos los ámbitos de su vida.
- **Depresión:** surge cuando las promesas que el paciente hizo a la divinidad no trae efectos como él los esperaba, simultáneamente el tiempo va pasando y su vida se acorta cada vez más.

Aquí el paciente suele remitirse a una revisión de su vida pasada y puede observar una serie de cosas que quedaron inconclusas y otras que quizás nunca las podrá realizar. Y que ya no va a ser posible retomar en un futuro. Es decir surge la desesperanza y con ella surge la fase depresiva.

- **Aceptación:** cuando el paciente lleva mucho tiempo muy enfermo, seguro alcanzará esta última fase. La depresión deja de ser un problema como tal y el enfrentamiento a la muerte se llevará con calma y serenidad.

1.6. Diferencias Culturales ante la Muerte

Las muertes ocurren dentro de un contexto social los pensamientos, proyectos, intereses de otras personas están más o menos vinculadas a la persona que muere y al hecho de su muerte. Como es de esperarse cada persona adopta actitudes diferentes ante la muerte, pero estas manifestaciones se ven afectadas por la sociedad en que cada persona se halla inmersa.

Es importante tener en cuenta la diversidad creciente de cada cultura, así también como su envejecimiento, de manera que se pueda ayudar de mejor manera a cada paciente según su cultura y sensibilidad. Además existe una forma sustancial de afrontar la muerte entre el hombre y la mujer. No solo influye la raza, el género, el país donde viva, sino que también en muchas personas, la religión que profesan es de vital importancia para entender las diferentes creencias que tienen unas personas de otras.

Freud, 1932 (citado en Santamaría 2008 p.36) refiere que “la religión es un poder inmenso que dispone de las emociones más potentes de los seres humanos”.

La religión para Santamaría (2008) cumple con tres papeles importantes para el ser humano:

1. Satisfacer la curiosidad innata del hombre, sobre el origen del mundo.
2. Calmar la angustia que el hombre siente ante las crueldades de la vida y el destino inevitable de la muerte.
3. Difundir consejos y sugerencias de cómo comportarse en esta vida.

El mayor poder de la religión según Freud (citado en Santamaría, 2008) es la de satisfacer la necesidad de protección, atenuar la angustia y el miedo que se siente ante la muerte. Todas las religiones dan una respuesta al gran enigma de la muerte.

Como se puede apreciar en nuestra sociedad, el punto de vista sobre nuestro destino sobre la muerte es diferente según las distintas religiones y podemos dividirlos en 2 principales:

En primer lugar se postula que cuando fallecemos nuestra alma o espíritu abandona nuestro cuerpo y retorna al lado de Dios que lo ha creado y que vuelve al lado de él para ser juzgado por sus actos en esta vida, premiándolo o castigándolo según como haya procedido. Dentro de esto encontramos al Cristianismo y el Mahometismo.

En segunda instancia la corriente espiritual, la misma que asegura que nuestra alma es una parte de Dios que nos creó a todos, dentro de un vehículo físico temporal, que se ve inmersa en un ciclo de vida–muerte-reencarnación, con el propósito de irnos perfeccionando con cada etapa hasta alcanzar el estado de iluminación y que le permita regresar a ese Ser que le creó y

del cual forma parte. Dentro de este grupo encontramos al Budismo y al Hinduismo (Santamaría 2008).

- **Budismo:**

El budismo contempla la muerte como una transición la misma que comprende 4 aspectos:

- La primera se refiere a la vida.
- La segunda se refiere cuando el individuo se encuentra con las condiciones que propician su muerte y que termina cuando todos los factores constitutivos físicos y mentales de la persona colapsan.
- La tercera comienza cuando la mente se separa del cuerpo.
- Y la última se refiere al renacimiento.

- **Hinduismo:**

Para el Hinduismo la muerte consiste en la unión del alma individual con el alma universal, se cree que la muerte pasa no a otra vida como la concebimos en la Tierra, sino a otra forma de existencia, que es esencialmente espiritual, una forma de existencia basada en la unión con el Poder Superior.

En el ser humano siempre ha existido una necesidad psicológica por pensar que no todo se acaba con la muerte, sino que hay algo más después de la vida. Hay una gran variedad de creencias con respecto a ello, estas no solo van a variar según la religión, sino edad, el nivel de desarrollo y las diferencias culturales de cada persona.

El catolicismo concibe a la muerte de la siguiente manera.

Para los católicos, la muerte forma parte de la vida. Creen que poseen una alma inmortal creada por Dios que no muere con la muerte sino que pervive en una vida eterna.

El factor religioso es muy determinante para analizar la muerte, sobre todo lo referente a la vida y a la muerte lo decide Dios; esto tiene que ver por un lado con relación a la concepción de la muerte como una redención de los pecados, como una puerta de salvación si nos hemos portado bien iremos directamente al cielo o al purgatorio para redimir nuestros pecados. Y por

otro lado como la construcción cultural de la vida, ya que con la muerte de un miembro se espera el reencuentro más adelante entre todos los miembros de la familia en el “supuesto paraíso”.

Los musulmanes igual que los judíos y cristianos creen que después de la muerte serán juzgados por sus obras. Por sus acciones buenas o malas irán ya sea al cielo o al infierno (Santamaría, 2008).

1.7. Reacciones ante la Muerte

La pérdida de un ser querido es un acontecimiento doloroso y estresante de la vida, la pérdida es seguida de un periodo de luto y de aflicción por la persona fallecida.

Según Santamaría (2008) el proceso de luto puede durar un breve período de tiempo y en otros casos nunca terminar, las reacciones al proceso de duelo se presentan en 4 niveles:

1.7.1. Reacciones Físicas: hace referencia a una amplia gama de reacciones físicas que pueden presentar insomnio, pérdida de apetito o el comer en exceso, molestias estomacales, dolores de cabeza, insuficiencia respiratoria entre otros.

1.7.2. Reacciones Emocionales: se refiere a la depresión, fatiga, apatía, enojo, llanto, ansiedad, irritabilidad, sentimientos de soledad, aislamiento, olvidos, dificultad para concentrarse y pensamientos referentes al fallecido.

1.7.3. Reacciones Intelectuales: se refiere a los esfuerzos por explicar y aceptar las causas de la muerte de la persona. En ocasiones se trata de racionalizar, es decir de comprender las razones de la muerte. La gente trata de entender qué pasó y por qué pasó eso. Una reacción intelectual muy común es la idealización, es decir el intento por purificar la memoria del fallecido resaltando sus cualidades positivas y disminuyendo las negativas.

1.7.4. Reacciones Sociológicas: se refiere a los esfuerzos de la familia y amigos por unirse y compartir la experiencia, ofrecer apoyo y comprensión. La reacción psicológica también incluye los esfuerzos por reorganizar la vida después de la pérdida: los reajustes

financieros, reorientación de roles familiares, reanudación de actividades, retorno al trabajo.

Para Dobler, 1974 refiere “a la ansiedad como un estado emocional negativo que carece de objetivo específico”. Sería como temer a algo sin saber exactamente a que, mientras que el miedo sería lo que experimentamos cuando podemos identificar con exactitud la fuente de nuestras preocupaciones (citado en Santamaría, 2008, p.14).

Las mayores preocupaciones de la gente moribunda es permanecer solos sus últimos momentos. Aquellos adultos mayores que mueren en hospitales y centros de atención experimentan sentimientos de soledad.

1.8. Manifestaciones Psicológicas ante la Muerte.

Según Gala y otros (2002) la ansiedad y el miedo son respuestas asociadas a la muerte en nuestra cultura, estas reacciones aparecerán con mayor o menor intensidad en virtud que se trate de la propia muerte o la de otros, sea que se trate de un familiar, amigo o cercano.

En la ansiedad y el miedo ante la muerte se han encontrado cuatro componentes principales:

- a.- Reacciones cognitivas y afectivas frente a la muerte.
- b- Cambios físicos que pueden ser reales o imaginarios que surgen frente a la muerte o también en enfermedades.
- c.- Tener la noción que el tiempo pasa.
- d.- El dolor y el estrés real o anticipado que se presenta en la enfermedad terminal y junto con ello en la presencia de miedos personales asociados.

La ansiedad ante la muerte también está íntimamente relacionada con la historia personal de cada individuo, la cultura que lo rodea y con los estilos de afrontamiento de separaciones y cambios de cada individuo.

1.9. Ansiedad y Miedo ante la propia Muerte: Etapas

Para Galas y otros, (2002) el análisis de las reacciones frente a la muerte por lo general se hace en sujetos cercanos a la misma, como suelen ser los enfermos terminales ya que en ellos se ha dado lugar a la toma de consciencia de su muerte.

En las actitudes que la persona tenga ante la muerte hay la presencia de otros factores tales como: la personalidad, duración de la enfermedad, edad del paciente, lugar de asistencia, entorno familiar, creencia religiosa, la presencia de dolor o no, etc. Este conjunto de actitudes junto al sufrimiento psíquico se articulan en torno a los dos procesos de nuestra propia muerte: la agonía y el acto de morir como tal. En relación al miedo se evidencia de la siguiente manera (Galas y Otros, 2002):

- Miedo al Proceso de la Agonía: la mayoría de enfermos terminales se plantean dudas y se angustian por el hecho de que morir les conlleva a padecer sufrimientos tanto físicos como psíquicos.
- Miedo a perder el Control de la Situación: el proceso final lleva al sujeto a depender más del cuidado y de las atenciones de los otros, llegando a perder el control de sí mismo, temiendo que las demás personas decidan por él.
- Miedo a lo que sucederá a sus Allegados tras su Muerte: preocupaciones por lo que sucederá con su familia cuando la persona ya no esté en vida.
- Miedo al miedo de los demás: como sobrellevarán las cosas los demás.
- Miedo al aislamiento y a la soledad: los pacientes suelen tener miedo de estar solos a la hora de morir.
- Miedo a lo desconocido: indudablemente los pacientes se cuestionan que hay detrás de la muerte, que pasará con ellos luego que mueran.
- Miedo a que la Vida que se ha tenido no haya tenido ningún significado: si la respuesta del paciente a este interrogatorio no es de su agrado y satisfacción el proceso de morir es más temido aún.

La fusión de estos miedos da lugar al sufrimiento propiciando al paciente un verdadero dolor psíquico, peor que el físico y justamente esto es lo que más teme la persona.

1.10. Ansiedad y Miedo Ante la Muerte del Otro

Este proceso también produce ansiedad y cambios de actitudes en los familiares, amigos y allegados. Para Gala y otros (2002) frente a éste miedo y ansiedad se reflejan ciertas estrategias defensivas tales como:

- Evadir el problema del cuidado del enfermo, trasladándolo a un centro de atención hospitalaria y no afrontando la convivencia cotidiana con él.
- Evitando aludir la gravedad de la enfermedad del paciente

Estas fases finalizan con el paciente a terminar su vida; sin embargo cabe recalcar que el proceso en los familiares continúa más allá de éste momento generándose un duelo que según Kubler se manifiesta en las siguientes etapas (citado en Gala y otros, 2002).

- **Embotamiento mental:** se refiere a la presencia de conductas automáticas y a la incapacidad de aceptar la realidad.
- **Anhelo y búsqueda del referente perdido:** surgen sentimientos de ansiedad, depresión y culpa. Si la intensidad aumenta se hablaría de un duelo patológico.
- **Desorganización y desesperación:** la persona tiende a abandonarse y a romper los esquemas de su estilo de vida.
- **Reorganización:** si se van superando las fases va surgiendo poco a poco el afrontamiento y la reorganización de la propia existencia.

1.11. Muerte y Niños:

Los niños y adolescentes manifiestan distintas actitudes frente al tema de la muerte.

Doménech, 1991(citado en Valdés, 1994) especializada en temas infantiles, refiere que el concepto de muerte en los niños se da a partir del momento en que el niño toma consciencia de que todo lo que tiene vida muere. Lo que los niños comprenden por morir varía de acuerdo a su edad y al grado de madurez psicológica que posean.

Además de las experiencias que hayan tenido en relación con el tema de la muerte ya sea con seres queridos o cercanos y de las explicaciones que los adultos otorgan al niño en relación a la misma.

Según la psicóloga húngara Wagy, 1940 (citado en Valdés, 1994) existen tres interrogantes en relación a la muerte:

- ¿Qué es la Muerte?
- ¿Por qué la gente muere?
- ¿Qué le sucede a la gente cuando muere y a dónde va?

Ella descubrió la existencia de etapas luego de la realización de un trabajo con un grupo de 378 niños húngaros, cuyas edades comprendían entre los 3 y 10 años pudo observar que el niño tiene una idea acerca de la muerte hecha a su medida.

Las tres etapas de Wagy, 1940 (citado en Valdés, 1994) son:

Primera etapa: entre la edad de 3 y 5 años el niño puede negar el carácter inevitable de la muerte, carece de una verdadera apreciación acerca del tema de la muerte; el niño considera a la muerte como un descanso, estar muerto para el niño significa estar dormido. Los niños de la edad de 5 años de edad no reconocen que la muerte es algo irreversible, ya que no distinguen entre estar vivos y no lo estar.

Segunda etapa: Entre los 5 y 9 años se empieza a buscar explicaciones, de manera que el niño comience a formarse una idea de lo que significa la muerte.

A la edad de 6 años la muerte es tomada como una ausencia, una desaparición provisional, a esta edad empieza a diferenciar entre un sueño y la muerte tal cual; en esta edad el niño tiene la capacidad de asimilar la idea que alguien ha muerto llegando a ser capaz de admitir la creencia de la destrucción de la vida.

A los 5 o 6 años, el niño tiende a pensar que el morir no es algo definitivo y que sus padres son omnipotentes, que siempre le van a proteger de cualquier peligro. A los 6 años la idea de la muerte es cada vez más real, se crean fantasmas sobre la vida después de la muerte.

Tercera etapa: Hacia los 9 y 10 años reconoce a la muerte como una experiencia ineludible por lo que tendrá que pasar. Después de los 9 años toman consciencia de que la muerte acaba con la vida. La perspectiva de la muerte parece ser aceptada pero se cree en que se continúa viviendo por la presencia de un alma.

1.12. Adolescentes, Adultos y Muerte.

El adolescente acepta a la muerte como un hecho inevitable y el final de todo lo existente; sin embargo la percibe como algo lejano para él Grollam, 1974 (citado en Valdés, 1994).

El adolescente crea su propia filosofía de vida y muerte a través de sus experiencias y reflexiones que haya tenido en relación al tema de la muerte.

Según Valdés (1994) existen factores que influyen en la actitud que tenga el adolescente frente a la muerte:

- El grupo de desarrollo.
- Tipo de maduración de su personalidad.
- Experiencias de vida y la comunicación que haya tenido sobre la muerte con otras personas.
- El ajuste y desajuste con la realidad.
- Y el contexto psicosocial.

Para Wohlford, 1966 (citado en Valdés, 1994) observó que algunos adolescentes que presentaban manifestaciones ansiosas altas tienden a presentar una proyección más limitada con respecto a su futuro.

Para Valdés (1994) refiere que el miedo y la ansiedad moderadas o prudentiales ante la muerte pueden llevar a que algunos adolescentes adultos valoren mucho más la vida, mientras que en otros casos cuando el tema de la muerte les angustia u obsesiona de forma excesiva, dan lugar a conductas agresivas y comportamientos inadaptados.

Con respecto a los adultos la muerte es considerada como un acontecimiento natural.

La mayoría de individuos de la sociedad occidental al llegar a los 40 años de edad se plantean el tema de la muerte como tal, existe mayor capacidad reflexiva y toma de consciencia; además empieza a producirse en ellos cambios biológicos comunes del proceso de envejecer llevándolos a modificaciones en su estilo de vida así como en sus planteamientos vitales Abengozar, 1990 (citado en Valdés, 1994).

1.13. Reacción Emocional de Familiares ante la Muerte de un Miembro

El duelo es un fenómeno natural que afecta a las personas, las emociones salen a la vista después de perder a un ser querido o cercano. Tiende a ser un proceso necesario que permite la adaptación de la familia o amigos a una nueva realidad.

Para Parkes, 1972 (citado en Limonero 1996), el duelo es un proceso que comprende 4 fases, las mismas que están matizadas por un componente emocional:

1. Impacto y descontento, situación que genera dolor y pena.
2. Sentimiento de miedo, dolor, etc.
3. Sentimientos de apatía, tristeza e indiferencia por el futuro.
4. Reorganización, aparición de esperanza gradual y reinicio de la vida en nuevas direcciones.

En un estudio realizado por Stedeford, 1984 (citado en Limonero, 1996) se observa una serie de síntomas que se presentan en las personas afligidas durante el proceso de adaptación a la pérdida y a la adaptación de la nueva situación: sentimiento de culpa, inseguridad, pérdida de apetito, problemas gástricos, alucinación de la presencia del fallecido en los primeros meses posteriores al deceso, depresión, ansiedad, etc.

Según Parkes, 1980 (citado en Limonero, 1996) manifiesta una serie de características que hacen referencia a las personas que son susceptibles de requerir cuidados especiales tras la muerte de un ser querido:

- a. Persona de baja situación económica.
- b. Amas de casa que no laboran fuera del hogar.
- c. Personas con niños pequeños en el hogar.

- d. Personas que tienden a aferrarse al fallecido luego de su muerte.
- e. Individuos sin familia o quienes no poseen personas significativas que le permitan expresar su dolor.
- f. Sujetos que expresan fuertes sentimientos de rabia o amargura antes o después del fallecimiento de la persona.
- g. Personas que expresan sentimientos de autorreproche.

El dolor por la pérdida de un ser querido o cercano es el período de sufrimiento y duelo después de una muerte. El llorar por una persona es parte del proceso normal de reacción ante una pérdida. Se puede experimentar el sufrimiento como una reacción mental, física, social o emocional. La duración del dolor por la partida de un ser querido dependerá de la cercanía de la relación que se haya tenido con respecto a la persona fallecida.

1.14. Conclusiones

La Muerte es un tema que incumbe a todas las personas, en los adultos mayores la muerte es una realidad cercana para ellos el miedo, la angustia e influencia de factores culturales tendrán su implicación en ello.

Como sabemos, la muerte es el cese de todas las funciones cerebrales del ser humano contiene muchas incógnitas que nadie en vida llegará a descubrir sino con la muerte.

Las actitudes que las personas adopten frente a la muerte estarán condicionadas por las experiencias, creencias y significados que hayan tenido durante su vida.

Las muertes ocurren dentro de un contexto social los pensamientos, proyectos, intereses de otras personas están vinculadas a aquella persona que fallece y al hecho de su muerte.

Es de vital importancia considerar la diversidad creciente de cada cultura, así también del proceso de envejecimiento con el fin de brindar apoyo a nuestros adultos mayores según la cultura que provengan y del grado de sensibilidad que presenten.

Las mayores preocupaciones de la gente moribunda es permanecer solos hasta en sus últimos momentos, los adultos mayores desamparados que fallecen en hospitales y en centros de atención suelen experimentar sentimientos de soledad y minusvalía.

La ansiedad y el miedo son respuestas asociadas al tema de la muerte, en nuestra sociedad estas van a aparecer con mayor o menor intensidad en virtud de que se trate de la propia muerte o la de otros, sea este de algún familiar, amigo o allegados pudiendo generar sufrimiento tan solo el hecho de pensar o imaginar acerca de ella.

CAPITULO II

LA ANSIEDAD

2.1. Introducción

La ansiedad es una sensación normal que experimentamos los seres humanos alguna vez en momentos de peligro o preocupación, la ansiedad nos sirve para poder reaccionar de mejor manera frente a momentos difíciles.

Cuando una persona presenta sintomatología ansiosa tiende a exagerar sus problemas llegando a preocuparse en exceso antes de que ocurran, mientras que cuando lleguen esos momentos difíciles no será capaz de hacerlos de frente.

Los modos de desarrollar un trastorno de ansiedad son muy variados, por ello es muy importante reflexionar a cerca de las cosas que ha podido generar la ansiedad y poder hacer de frente a los problemas de modo más eficaz, estas personas que padecen de miedos o trastornos de ansiedad suelen enfermarse con la idea de la muerte, en verdad el tema de la muerte como tal suele enfermar de ansiedad y miedo a las personas, en el caso de los adultos mayores viven pensando en el final de sus vidas aunque intenten no hacerlo y aunque por momentos puedan postergar sus pensamientos acerca de eso las ideas de muerte aparecen una y otra vez. El anciano no soporta la idea de la muerte no soporta lo incontrolable.

Lo importante es que el ser humano comprenda que no es realmente la muerte en sí lo que genera inmensos problemas sino más bien la forma en cómo conciben las personas y en como la afrontan, para ello es necesario un replanteamiento de nuestras circunstancias más profundas sobre la vida llegando a construir una nueva filosofía acerca de lo que realmente significa morir y sobre como vivir la única vida que tenemos.

El envejecimiento produce cambios naturales deja espacios que son propicios para dar lugar a nuevas rutinas que ayudarán a disminuir la ansiedad favoreciendo el desarrollo de la espiritualidad.

La espiritualidad fortalece y anima al individuo modifica lo negativo por lo positivo, da sentido a lo que nos toca vivir sea tristeza, dolor, pérdida o enfermedad.

2.2. Concepto de Ansiedad

La Ansiedad es una señal o reacción general bastante común en el ser humano.

Según Valdés (1994) actualmente se considera a la ansiedad como un constructo complejo y multidimensional que implica tres componentes de respuestas que interactúan entre sí, las mismas que son medibles a través de tres elementos:

- Conducta Motora (temblor, tartamudeo, conducta de escape)
- Conductas Subjetivas (cognitivas).
- Conductas Fisiológicas: (tensión muscular, ritmo cardíaco, respiratorio y otros).

Estos tres componentes pueden no concordar entre si y ello es índice de las diferencias individuales en los llamados estados de ansiedad que son funcionalmente importantes en el mantenimiento y reducción de la misma.

Partiendo del hecho de que esta fuente de amenaza o peligro puede ser imaginaria o no conocida, se considera a la ansiedad como una señal interna que anticipa el peligro y que la persona lo vivencia como una sensación anticipatoria de peligro y desagradable que pone en alerta al individuo a defenderse o a evitar algo Pinillos, 1975; Wiener, 1987 (citado en Valdés, 1994.)

Desde el punto de vista conductual se considera a la ansiedad como "una reacción emocional específica y transitoria que va acompañada de cambios fisiológicos, conductuales y se produce en presencia de una situación similar concreta" (Chávez, 2002, p. 116).

Los desórdenes de ansiedad han causado en las personas afectadas profundos sufrimientos gran parte de las veces por temor a ser consideradas como personas inmaduras, débiles de carácter o quizá con algún tipo de patología, prefieren la mayoría de veces sufrir en silencio o en otros casos no compartir sus problemas con nadie. La familia, amigos y parientes suelen sentirse confusos sin saber como ayudarles.

2.3. Manifestaciones de la Ansiedad

La ansiedad pura no existe sino que viene contaminada de otros síntomas psicopatológicos y somáticos de tal forma que la persona que presenta ansiedad puede manifestarlo de diversas maneras.

Según Valdés (1994) describe 3 tipos de ansiedad:

- **Ansiedad Patológica:** se refiere cuando la ansiedad parece estar desencadenada por algún acontecimiento menor u ocurre sin causa alguna o también cuando esta ansiedad es intensa y persiste por mucho tiempo pudiendo resultar perjudicial y revestir en patológica.
- **Ansiedad Generalizada:** hace referencia a cuadros clínicos con ansiedad generalizada más o menos constantes de evolución prolongada, aquí los pacientes suelen ser nerviosos, tensos o inquietos; presentan dificultad para conciliar el sueño, excesiva preocupación por eventos del futuro, etc.
- **Ansiedad Indicadora o de Señal:** esta ansiedad se caracteriza por su función señaladora contra la proximidad del peligro hacia el ego, proveniente de impulsos e instintos primitivos.

Según Pavlov, 1928 y Gantt, 1944 refirieron que la ansiedad como señal se aprende por medio de asociación entre las experiencias externas o internas de peligro y señales o estímulos ambientales externos o internos (citado en Valdés 1994 p. 119).

2.4. Diferencia entre Ansiedad y Miedo

Para Valdés (1994) establece diferencias significativas entre ansiedad y miedo.

<u>ANSIEDAD</u>	<u>MIEDO</u>
<ul style="list-style-type: none"> • La reacción observada no aparece estar relacionada con algún objeto, persona, situación o animal. • Las respuestas frente a ello son más persistentes y duraderas. • Es fruto de un aprendizaje previo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se reconoce con facilidad al objeto, persona o animal. • Es momentáneo. • Hay existencia de un peligro real. • Se encuentra biológicamente arraigado.

2.5. Manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales de la ansiedad.

Según la Teoría Tridimensional de la Ansiedad Lang la ansiedad puede observarse a un triple nivel cognitivo referente a la experiencia, a un nivel fisiológico a los cambios corporales y motor (citado en Chávez, 2004).

- **A nivel cognitivo:** la ansiedad hace referencia a sentimientos de malestar, preocupación, miedo, inseguridad, presencia de pensamientos negativos sobre uno mismo, sobre las situaciones o sobre las personas que nos rodean, temor a que el resto de gente se dé cuenta de nuestras debilidades, dificultad para pensar o para concentrarse.
- **A nivel fisiológico:** la ansiedad se manifiesta a través de la activación de diferentes sistemas como del Sistema Nervioso Autónomo y del Sistema Nervioso Motor aunque también se activan otros sistemas. Además hay un aumento en la frecuencia cardíaca, presencia de tensión muscular, temblores musculares, dificultad de la boca, sequedad de la boca, sensaciones gástricas, etc. La persistencia de cambios fisiológicos pueden acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios como dolores de cabeza, insomnio, náuseas, contracturas musculares y problemas gástricos.

- A nivel comportamental: la ansiedad se ve manifestada como inquietud motora, hiperactividad, evitación de situaciones temidas, aumento elevado de consumo de alimentos o sustancias (café, tabaco), emoción, etc.

2.6. Teorías sobre la Ansiedad

Según Chávez (2004) desde una perspectiva cognitiva se considera que lo que provoca ansiedad a una persona es el significado o interpretación que hace acerca de una situación; así las personas tienden a pensar que las situaciones que enfrentan en el día a día presentan amenazas, las mismas que pueden ser reales o imaginarias. Las personas que son más sensibles al desarrollo de trastornos de ansiedad atienden a estímulos amenazantes provenientes del medio.

Para Chávez (2004) existen tres teorías explicativas de la ansiedad:

La de la Red asociativa de Bower, la del Esquema de Beck y la teoría Tridimensional de la Ansiedad propuesta por Lang.

Tanto la teoría de Bower como la de Beck consideran que la ansiedad es el resultado de una estructura cognitiva disfuncional que genera un sesgo en el procesamiento de la información dando lugar a que los individuos centren su atención en aspectos amenazantes del entorno que le rodean.

Lang 1968 (citado en Chávez, 2004) y su teoría tridimensional de la ansiedad afirma que estos eventos tienen relación directa con la memoria emocional, la misma que contiene tres tipos de información:

- Información sobre estímulos externos y sus características físicas.
- Información sobre las respuestas asociadas a los estímulos, se incluye aquí información sobre expresiones faciales, conductas verbales, respuestas viscerales, entre otras.

- Información sobre proposiciones semánticas las cuales definen el significado de los estímulos y las respuestas asociadas con ellos. Esto produce un estado de hiper vigilancia en el que el individuo se haya en un constante rastreo de estímulos ambientales con el propósito de detectar cualquier amenaza posible.

Entre las causas de esta Ansiedad Berger y Hortala, 1982 (citado en Chávez, 2004.) encuentran los siguientes:

- Los Síntomas

El progreso de la enfermedad y ciertos síntomas son fuente de ansiedad que puede ser calificada como traumática.

- El Entorno

Puede surgir la ansiedad como consecuencia de la actitud que mantienen los médicos con el enfermo.

La ansiedad del paciente que siente la necesidad de un médico todopoderoso y que no encuentra más que un médico capaz de mejorarle en la medida que sea posible.

El miedo de no ser escuchado y comprendido por su entorno.

El miedo a ser dependiente o ser un estorbo para los demás.

El miedo al abandono, a quedarse solo y morir debido al rechazo de los demás.

- Miedo a la Muerte Próxima

Aquí el enfermo tiene conocimiento de que la muerte está a punto de llegar, la ansiedad aumenta cada vez más y junto con ello la intensidad de la pérdida física.

- La Pasividad

Pasividad a la que se ve reducido el moribundo que no le permite descargar su ansiedad por la vía de una actividad motriz.

- Toda la Agresividad Latente

Agresividad que el moribundo no se atreve a mostrar y que es reprimida.

2.7. Criterios Diagnósticos de Trastornos de Ansiedad según el DSM V.

Según la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V (2013) encontramos algunos trastornos de ansiedad que manifiestan las personas que pudiesen presentar temor ante la muerte.

Tabla N° 1: Criterios Diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (DSM-V)

- A.- Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B.- Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C.- La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado ausentes durante los últimos seis meses):
- 1.- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - 2.- Fácilmente fatigado.
 - 3.- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 - 4.- Irritabilidad.
 - 5.- Tensión muscular.
 - 6.- Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo o sueño inquieto e insatisfecho).
- D.- La ansiedad, la preocupación de los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E.- La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej; una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej. Hipotiroidismo).
- F.- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej. Ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Tabla N° 2: Criterios diagnósticos de la fobia específica (DSM-V)

- A.- Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p.ej. volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).
- B.- El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C.- El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D.- El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- E.- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

F.- El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G.- La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionadas con obsesiones (como en el trastorno obsesivo – compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar si:

Codificar basándose en el estímulo fóbico:

300.29 (F40.218) Animal (arañas, insectos, perros).

300.19 (F40.228) Entorno Natural (p. ej. alturas, tormentas, agua).

300.29 (F40.23x) Sangre, Inyección – herida (p. ej; agujas, procedimientos médicos invasivos).

Nota de Codificación: Seleccionar el código CIE – 10- MC específico como sigue: **F40.230** miedo a la sangre; **F40.231** miedo a las inyecciones y transfusiones; **F40.232** miedo a otra atención médica; o **F40.233** miedo a una lesión.

300.29 (F40.248) Situacional (p. ej. avión, ascensor, sitios cerrados).

300.29 (F 40. 298) Otra (p. ej. situaciones que pueden derivar en ahogos o vómitos; en niños, p. ej. sonidos ruidosos o personajes disfrazados.)

Nota de Codificación: Cuando está presente más de un estímulo fóbico, se debe hacer constar todos los códigos CIE – 10-MC aplicables (p.ej. miedo a las arañas y a viajar en avión, **F40. 218** fobia específica, animal y **F40.248**, fobia específica, situacional).

2.8. Ansiedad ante la Muerte

El temor a la muerte es un tema muy común que está presente en el ser humano.

El temor ante la muerte por lo general presenta algunos aspectos como el temor a lo desconocido, a dejar de existir, a separarse o perder a las personas queridas y cercanas, pero sobre todo lo más angustiante el desconocer como será nuestra propia muerte si será dolorosa o no, es decir cómo va a ser nuestro fin.

Se sabe que la ansiedad ante la muerte puede fluctuar en intensidad de acuerdo a diversos factores: el tipo de personalidad, el estilo de vida del sujeto, el grado de emocionalidad que presente el sujeto, experiencias personales o vicarias ante la muerte.

Y a pesar que no se pueda hablar de una determinada edad de aparición, las crisis de ansiedad ante la muerte suele ser más frecuentes en la adolescencia. De una u otra forma esta ansiedad

parece estar con el individuo al llegar a la edad adulta y en años posteriores a ella, Lonetto y Templer, 1988 (citado en Chávez, 2004).

Para Chávez (2004) existen 3 determinantes generales del grado de ansiedad ante la muerte:

- Con respecto a la Salud Psicológica según Broadman y otros (citados en Chávez, 2004) refieren que la ansiedad ante la muerte está íntimamente relacionada con la patología en concreto asociada a ciertos estados de ansiedad, a ciertos tipos de neurosis y depresiones. Así los pacientes psiquiátricos mostraban mayores niveles de ansiedad ante la muerte que los individuos normales. Los pacientes tratados con antidepresivos experimentaban una disminución de la ansiedad ante la muerte.

Mientras que Meyer, 1975 (citado en Chávez, 2004) estudió la ansiedad ante la muerte en el origen de la neurosis, refiere que la ansiedad que experimenta el neurótico es siempre una ansiedad de muerte inmediata, cuyas causas habría que descubrirlas en un fallo en las defensas que controlan y reprimen la ansiedad ante la muerte.

- Con respecto a las experiencias vitales encontraron correlaciones entre las ansiedades ante la muerte de los adolescentes y la de los padres. Las correlaciones son mayores entre los padres – hijos del mismo sexo, hecho que hace referencia a la determinación ambiental (Templer y Cols, 1971).
- Para Cappon 1959 suele darse ansiedad en quienes se enfrentan con una enfermedad mortal de larga duración, de manera que conforme la enfermedad avanza se intensifican los motivos de preocupación. La amenaza de muerte puede conducir a una ansiedad grave (citado en Chávez, 1994).

Para Weisman (1982) describe tres formas de ansiedad que se presentan durante el período terminal:

- La Alineación: caracterizada por una sensación de soledad, abandono, aislamiento. Los pacientes afligidos de esta forma se angustian de que no tienen a quien quejarse

que las personas y familiares se encuentran muy distantes de ellos, en algún lugar lejano y que todo está perdido para los pacientes.

- La Aniquilación: se refiere a la ansiedad de llegar a convertirse en nada. El mundo continúa y la persona que está muriendo desaparecerá. Los que padecen de este tipo de ansiedad se refieren a sí mismos como objetos impersonales, pierden o disminuye su autoestima, transmiten la impresión de ser socialmente invisibles.
- La Sensación de estar en Peligro: hace referencia a la combinación de un sentimiento de peligro inminente con resentimiento y cólera por ser tan frágil y destructible. Las personas que lo padecen buscan a quien culpar de su malestar, a menudo estos pacientes se enojan con el personal o con las ayudas de la sala por causa de razones insignificantes.

Para Díaz (2012) cuando el temor a la muerte se sale de todo control y eso se vuelve insostenible e invisible se llama fobia. En el campo de las fobias que guardan relación con la muerte encontramos la necrofobia y tanatofobia.

La necrofobia hace relación al temor vinculado con la muerte o con cosas muertas como ataúdes, cementerios, cadáveres, etc.

En cambio la tanatofobia hace referencia al temor profundo a nuestra propia muerte y sus circunstancias, es decir lo que habrá después de ella.

La fobia a la muerte puede asociarse con otras fobias, así la agorafobia que lleva a las personas a encerrarse en un lugar seguro en donde la persona no puede verse expuesta a peligros. También se puede desarrollar hipocondría, temor que siente el individuo a contraer o desarrollar algún tipo de enfermedad, además también al desarrollo de enfermedades psicosomáticas.

2.9. Religión y Ansiedad

La religión es un recurso que se emplea con frecuencia en el envejecimiento.

Según Reyes (1998) ha considerado que existen dos tipos de orientaciones de religiosidad en las personas, la una es intrínseca y la otra es extrínseca. Ambos tipos de religiosidad guardan relación entre sí.

La religiosidad intrínseca incluye un compromiso de vida y una relación personal con Dios esto hace referencia a las actitudes o creencias a la fe, a la oración, etc.

En cambio la religiosidad extrínseca hace referencia a actividades religiosas comunitarias (p. ej. grupos de oración, ceremonias, rituales).

Para Reyes tanto la religiosidad intrínseca como la extrínseca poseen efectos protectores sobre la salud y calidad de vida en adultos mayores. La religión se asocia con una alta satisfacción de vida y bienestar en ancianos enfermos y también se encuentra asociada a una disminución de la ansiedad y depresión ante el duelo, una enfermedad terminal o la muerte.

Para Reyes (1998) la religión promueve conductas positivas para la salud p.ej. en los ancianos las creencias religiosas se asocian con una disminución de actitudes suicidas, consumo de alcohol y estrés. Y junto a ello promueve mecanismos psicológicos adaptativos ante el envejecimiento, enfermedad y sufrimiento. Además que la religiosidad ha sido usada como complemento de la psicoterapia, el tema de la religión sin duda alguna promueve un soporte emocional y social. Al conocer que la religión es de vital importancia para el Adulto Mayor, los del personal de salud mental no podemos quedar ajenos a ello, psicólogos, psiquiatras, médicos o enfermeros debemos tener una visión de lo que le sucede al anciano, además ser capaces de poder explicarles y juntos desarrollar estrategias para afrontar sus dificultades.

2.10. Género y Ansiedad

Las diferencias de género también requieren de una segunda óptica.

Para Balcázar y otros (2011) las mujeres presentan niveles altos de ansiedad relacionados a la muerte, también es cierto considerar que las mujeres son quienes en la mayoría de las veces proporcionan servicios profesionales y voluntarios a las personas en estado terminal. Las mujeres son más abiertas a los sentimientos y pensamientos relacionados con la muerte, muestran mayor empatía con el proceso de morir.

Para Erickson 1963; Uribe – Rodríguez, et al; 2007 (citado en Balcázar y otros, 2011) las mujeres tienen actitudes más negativas y miedo al tema de la muerte porque son ellas quienes más se aferran a la vida por los lazos de tipo emocional más fuertes hacia la familia y sus

preocupaciones en torno al futuro de la misma. En cambio los hombres a diferencia de las mujeres están más interesados en mantener estos pensamientos y sentimientos bajo control.

2.11. Conclusiones

La ansiedad es una emoción que nos surge en situaciones de amenaza o peligro (miedo, fobia, angustia o preocupación).

Algunas personas presentan problemas de ansiedad porque tienden a reaccionar de forma exagerada frente a las dificultades y problemas del vivir cotidiano.

La ansiedad se puede manifestar a través de tres formas diferentes como son: síntomas fisiológicos, cognitivos y comportamentales, los cuales pueden influirse unos con otros.

La religión es una herramienta muy utilizada por los adultos mayores durante el proceso de envejecimiento para aplacar el miedo y el sufrimiento del ser humano.

En ello encontramos dos orientaciones: la religiosidad intrínseca y la religiosidad extrínseca, ambas guardan relación entre si.

La religiosidad intrínseca hace referencia a un compromiso de vida y una relación con Dios, es decir las creencias, fe y la oración personal.

En cambio la religiosidad extrínseca se manifiesta en actividades religiosas comunitarias: grupo de oración, ceremonias y celebraciones.

CAPÍTULO III

VEJEZ Y ADULTO MAYOR

3.1. Introducción

En el tercer capítulo abordaremos el tema de la Vejez y del Adulto Mayor que son etapas de muchos cambios, la vejez comprendida como un proceso natural no solo se asocia a cambios hormonales sino también a la aparición de enfermedades y lesiones; si bien esto podría variar de una persona a otra por lo general involucra la disminución de flexibilidad, disminución de los niveles de energía y deterioro de los sentidos.

El envejecer es un proceso del desarrollo humano al que es necesario adaptarse pues conllevan al Adulto Mayor a nuevos desafíos, logros, frustraciones, posibilidades de conflictos, dificultades, además de un debilitamiento físico, progresivo, la pérdida de seres queridos y la muerte.

Con el pasar de los años se va produciendo un envejecimiento en las capacidades intelectuales, hay una pérdida de la capacidad para resolver problemas, esto se acompaña de una falta de espontaneidad en los procesos del pensamiento y junto a ello el lenguaje y la expresión se alteran.

En la vejez se van eliminando muchos vínculos afectivos, el adulto mayor sufre la pérdida ya sea por la muerte de su cónyuge, familiares allegados, amigos u otros, o por una progresiva situación de aislamiento afectivo.

La personalidad en la vejez no suele alterarse a menos que haya la presencia de alteraciones patológicas.

La intervención psicológica que se brinda al Adulto Mayor debe ser destinada a comprender e intervenir eficazmente sobre el mismo que contribuya al mejoramiento de su calidad de vida, al desarrollo de herramientas que permitan mejorar la vida del Adulto mayor en todas las áreas del funcionamiento.

La Espiritualidad también será abordada dentro del capítulo de la vejez ya que esto lleva al ser humano a la búsqueda de lo trascendente, de lo sagrado, es decir contribuye a darle un sentido y propósito de vida al ser humano.

3.2. Concepto de Vejez

Para Pérez y Velasco (2011) en la madurez hay una reducción drástica de la energía física, la vista y el oído se hacen cada vez más defectuosos, los problemas de salud se vuelven crónicos y prolongados y sus actividades se limitan cada vez más, a menudo la jubilación y el descenso de los ingresos económicos combinados con su salud deficiente la muerte de familiares y amigos, el alejamiento de los hijos reducen su ámbito social, sin embargo hay algunos adultos mayores que han disfrutado por el hecho de haber cumplido con sus objetivos y metas cumplidos en el transcurso de su vida.

El envejecimiento es un cambio progresivo inevitable. El deterioro del cuerpo y de los sentidos van disminuyendo paulatinamente.

La vejez inicia a los 65 años caracterizada por una fragilidad extrema, incapacidad en ocasiones para ejecutar tarea de la vida cotidiana, los procesos mentales pueden ser lentos, dentro de esta etapa el individuo sabe que su fin está cerca, la soledad y el aburrimiento son características comunes (Pérez y Velasco 2011).

La vejez es una etapa de múltiples pérdidas de familiares, amistades o conocidos, actividades económicas ya no producen, demandan servicios llegando a convertir en personas dependientes de los otros muchos de ellos son reclusos en asilos o en centro de atención debido a esta situación.

3.3. La Personalidad en la Vejez.

Para Noriega (2010) sustenta el concepto de personalidad estable a lo largo de la vida, además de una perspectiva dinámica sobre la formación de la personalidad del individuo sostiene que los determinantes de mayor importancia de la personalidad están implicados en la infancia y que después de un período crítico de la misma favorecería el concepto de estabilidad o no.

Existe un estudio que apoya la idea de la estabilidad de la personalidad con el envejecimiento, el único cambio que se podría percibir es un aumento de la introversión a medida que la edad avanza y otro estudio en cambio manifiesta un modelo de estabilidad, pero se observó ciertos cambios que podrían atribuirse a problemas de hipocondría y de depresión.

3.4. Características del Adulto Mayor.

Los cambios que podemos encontrar en esta etapa según Santamaría (2008) son:

A medida que el adulto mayor envejece se produce un deterioro de la inteligencia, además disminuye su capacidad de atención. Este decrecimiento en que se ve afectada la inteligencia puede ser prevenido en gran medida si se le proporciona al adulto mayor un ambiente estimulante que le brinde apoyo para así mantener sus actitudes intelectuales.

También la memoria se ve afectada, esto puede estar relacionado con una creciente falta de interés por su realidad inmediata ya que parece que el Adulto Mayor recuerda con mayor claridad aspectos de su infancia. Esto también puede deberse a que las personas utilizamos mecanismos de defensa para olvidar experiencias dolorosas y desagradables.

Además pueden producirse cambios en la personalidad del adulto mayor, aunque se ha podido observar que los ancianos que permanecen activos apenas se ven cambios en su personalidad.

El cuerpo se transforma al envejecer y su imagen personal va variando. La actitud que puede llevar a conflictos viene dada por la negación que el adulto tiene frente a la realidad.

El envejecimiento es equilibrado cuando el anciano diversifica sus fuentes de autoestima: familia, intereses propios, trabajo, deporte, amigos; si llega a perder por ejemplo su trabajo la pérdida debe ser equilibrada o compensada por otros intereses. Se debe preparar al adulto mayor para que acepte este proceso como algo normal que simplemente sigue un curso, sin dar importancia a limitaciones orgánicas tratando de fomentar la motivación, el deseo de vivir y de encontrar otros intereses que pudiesen ser de su agrado.

3.5. Trastornos en la Vejez

En ciertos casos el proceso del envejecimiento implica cambios psicológicos que muchas veces no son fáciles de considerar, suele presentarse sentimientos de soledad, inutilidad, aislamiento social, carencia de afecto, inactividad, depresión y además temor ante la muerte. Estos estados psicológicos conllevan a daños profundos en la salud mental y emocional del adulto mayor ya que presentan repercusiones negativas al interior del entorno familiar donde habita (Noriega, 2011).

Según Hernández (2005) uno de los problemas que frecuentemente se presenta en las mujeres y que se agudiza durante la etapa de la vejez es la depresión, trastorno que en muchas ocasiones guarda una estrecha relación con la pérdida de autoestima. Durante este período del ciclo vital suele presentarse una sensación de inutilidad y vacío que experimenta el individuo añoso.

La depresión en el adulto mayor difiere en varios aspectos de la que ocurre en sujetos jóvenes. La tristeza es uno de los síntomas menos comunes, la somatización, la irritabilidad y deterioro cognoscitivo son más frecuentes.

La depresión es una de las enfermedades más predominantes en el adulto mayor. Las frecuentes pérdidas en esta edad, el aislamiento social y junto a ello una visión muy negativa del envejecimiento vuelven al adulto mayor más vulnerable.

Hernández (2005) indica que hay generaciones prejuiciosas que manifiestan que los ancianos terminan como dementes seniles y que todos ellos padecen de depresiones. Estos juicios realizados no permiten pensar en un envejecimiento normal, ya que no consideran que exista un elemento psíquico que puede permanecer inalterable y sano aún con el pasar de los años.

Después de los 65 años muchos trastornos están vinculados más al envejecimiento que a enfermedades. Los trastornos de la memoria, de la atención y las modificaciones del sueño, además dificultades de relación con el entorno matizan de modo característico las quejas somáticas y junto a ello se suma sentimientos de minusvalía y dependencia que existe por la pérdida de sus ingresos.

El funcionamiento físico y psicológico en la transición de la etapa de la vejez es importante, en la medida que se cuenta con edad mucho más avanzada, la capacidad funcional es distinta cada vez necesitan descansar más, hay más trabajo para realizar las cosas la reacción intelectual es más lenta y el aprendizaje requiere de mayor esfuerzo Gamietea, 1999 (citado en Hernández, 2005).

3.5.1. Suicidio en el Adulto Mayor

El suicidio es más común entre los Adultos Mayores que en cualquier otro grupo de edad. Los pensamientos de suicidio en adultos mayores suelen asociarse con enfermedades psiquiátricas o síntomas psiquiátricos como la depresión.

Según Noriega (2010) el anciano puede estar predispuesto a conductas que aunque no sean directamente suicidas aumentan la probabilidad de morir, como el rechazo a comer con el fin de morir de hambre o no tomar la medicación prescrita por el médico, los hombres ancianos usan métodos más violentos en relación a las mujeres, la sobredosis farmacológica se ve más frecuente en mujeres y el ahorcamiento se ve reflejado en los hombres siendo los métodos más utilizados en el Reino Unido. Las enfermedades médicas asociadas al suicidio son el cáncer sobre todo en el primer año después de haber sido diagnosticadas, accidente cerebro vascular, esclerosis múltiple y epilepsia.

3.5.2. Alucinaciones y Delirios

Las personas que padecen de alucinaciones ven y escuchan cosas que para las demás personas no existen pero que para ellos forman parte de su realidad (Noriega, 2010, p. 87)

Para Noriega (2010) las razones por las que una persona presenta este tipo de comportamiento pueden ser:

- Fase avanzada de una demencia, dificultad para orientarse en la realidad.
- Efectos secundarios de algunos medicamentos.
- Lesión cerebral.
- Algunas enfermedades.

- Problemas visuales o auditivos.
- Falta de descanso.
- Factores ambientales (iluminación inadecuada, ruidos o estímulos que no permiten escuchar bien).

Las recomendaciones que pueden ayudar en este caso son:

- **Mantener la calma:** si se mantiene tranquilo (a) se puede transmitir a la persona que en ese momento se encuentre angustiada o asustada una sensación de paz que servirá de gran ayuda para tranquilizarla.
- **Identificarse:** permaneciendo en el campo visual de la persona, decir nuestro nombre permitirá que la persona lo reconozca, facilitando que se sienta confiada y protegida por alguien que no es extraño.
- **Hablar de forma suave:** dirigirse a la persona con un tono de voz suave, si a la persona no le desagrada el contacto físico se le puede tranquilizar también a través de un abrazo, tomándole de la mano, etc.
- **Prestar atención y proteger:** escuchar a la persona para que se sienta atendida y protegida.
- **Asegurar que no sucede nada:** demostrar que no está ocurriendo lo que piensa, además es importante también llevar a cabo acciones que demuestren que no ocurre nada.
- **Distraer:** realizar otra actividad que permita que la persona deje de preocuparse por lo que acaba de pensar.
- **Utilizar medios auxiliares:** emplear medios que puedan ayudar a prevenir las alucinaciones, por ejemplo utilizar una luz pequeña por la noche, poner una campanilla para que la persona pueda avisar si ocurre algo, etc.

- **Explicar la situación:** si las alucinaciones llegan a ocurrir en público no avergonzarse, mantener la calma y explicar la situación a las personas presentes.

3.5.3. Enfermedad de Alzheimer

La OMS define la enfermedad de Alzheimer como “una dolencia degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida, que presenta síntomas neuropatológicos y neuroquímicos característicos”. (Noriega. 2010 p.93)

Se podría decir que es uno de los trastornos más temidos de nuestra época debido a las consecuencias de deterioro que produce en la persona afectada.

Según Noriega (2010) las principales manifestaciones que demuestra este trastorno son:

- Pérdida progresiva de habilidades y funcionamiento mental.
- Pérdida de memoria, confusión y alucinaciones.
- Dificultad para realizar tareas familiares (problemas en la cocina).
- Problemas de Lenguaje.
- Desorientación en tiempo y espacio.
- Conductas anómalas (como vestirse inadecuadamente para el momento)
- Pérdida de objetos y ubicación incorrecta de los mismos.
- Cambios de humor y de conducta.
- Pérdida de Iniciativa.

Posteriormente de forma gradual se van deteriorando las funciones cognoscitivas superiores, con pérdida de capacidad de leer, escribir, calcular o comunicarse adecuadamente. Los cambios de personalidad también se pueden notar.

Los familiares de los pacientes que padecen Alzheimer sufren el impacto profundo de la enfermedad deben estar pendientes de sus descuidos constantes, los adultos mayores sufren de inquietud, confusión, caídas, crisis de ira entre otros trastornos. Todos ellos son aspectos muy difíciles de soportar durante largos períodos de tiempo.

3.6. Espiritualidad y Vejez

Según Peterson y Seligman, 2004 (citado en San Martín, 2008) consideran a la espiritualidad y a la religiosidad “como fortalezas del carácter, estos autores consideran a estos dos componentes como un conjunto de creencias y prácticas basadas en la convicción de que existe una dimensión trascendente no física, de la vida”.

Tanto la religiosidad como la espiritualidad se pueden expresar social e individualmente y ambas tienen la capacidad de promover o impedir el bienestar Kliewer y Stultz, 2006 (citado en Peterson, 2008).

Es posible entender a la espiritualidad como la búsqueda que tiene el ser humano por lo sagrado es decir incluye todos los esfuerzos para conservarlo. Estas podrían hacer referencias a instituciones religiosas tradicionales, a grupos, programas que realizan actividades como orar, leer la biblia, predicar, ritos de pasaje, hacer yoga, etc.

Los estudios realizados por Koenig, 2001 (citado en Peterson, 2008) manifiestan que la fe religiosa parece proteger y apaciguar a los adultos mayores de las enfermedades como son del cáncer y de la enfermedad cardiovascular que son enfermedades más importantes del final de la vida del individuo. Además parece evitar por más tiempo llegar a la invalidez.

Otros beneficios que podría aportar la espiritualidad tiene que ver con la longevidad, el enfrentamiento a la muerte y la satisfacción vital.

Loenig, 2001 (citado en Peterson, 2008) manifiesta que los adultos mayores que tienen profunda fe religiosa tienen mayor capacidad de bienestar y satisfacción vital en comparación con otros adultos mayores menos religiosos. De igual forma pudo observar que los ancianos que tienden a confiar más en su fe religiosa y en la oración cuando se encuentran bajo niveles de estrés tienden a mostrar menos o incluso nada de temor a la muerte comparados con otros para quienes la fe y la oración son menos importantes y necesarios.

Existe la evidencia de que la participación en actividades religiosas trae beneficios para la vida del adulto mayor ya que promueve conductas, estilos de vida más saludables y además porque brinda un apoyo que disminuye los efectos del estrés y el aislamiento Levin, 2001 (citado en San Martín, 2008).

Los adultos mayores que están más involucrados en asuntos religiosos poseen menos temor al tema de la muerte.

La espiritualidad y la religiosidad no solo son fuentes de apoyo sino también pueden ser otras ocasiones fuentes de conflictos y de sufrimiento para el ser humano.

Kliewer y Staultz, 2006 (citado en San Martín, 2008) manifiestan que la vida espiritual puede no ser saludable ya que ciertas personas pueden experimentar en momentos sentimientos de culpa, desesperanza, ira o falta de sentido a su vida, la concepción que las personas tienen acerca de lo sagrado puede influir en su bienestar tanto físico como psíquico y sobre todo en el caso de los adultos mayores sus concepciones acerca de lo que existe más allá de la muerte podrían resultar determinantes en su proceso de adaptación al envejecimiento y en la evaluación que realizan acerca de su vida.

De esta forma se podría decir que las creencias espirituales que tengan los adultos mayores y el papel que cumplan estas creencias ya sean espirituales o religiosas desempeñarán un papel muy importante en el proceso de adaptación al envejecimiento que a su vez también desempeñará un rol muy importante en su salud y en su bienestar físico y mental así también como en sus necesidades y expectativas.

3.7. Psicoterapia en la Vejez

Según Belsky, 2001 (citado en Hernández, 2005) existen dos terapias aplicadas a personas de cualquier edad cuyo uso principal es para la vejez: el planteamiento cognitivo conductista y el psicoanalítico.

La terapia cognitiva conductual es una serie de técnicas estructuradas centradas en el presente y orientadas a la acción, que parecen ser las más adecuadas para las personas mayores porque no exigen remover de las profundidades recuerdos infantiles. Este modelo es respetuoso con la edad. Las personas pueden cambiar en cualquier momento de su vida.

En cuanto a la terapia psicoanalítica para Belsky, (citado en Hernández, 2005) adquiere nuevos matices que harían estremecer al psicoanálisis tradicional ya que el psicoterapeuta se aventura a salir de su consultorio y reorganizar todo su sistema para adecuarlo a las necesidades de la persona, el terapeuta se centra menos en aspectos relacionados con la

infancia y más en problemas del aquí y del ahora. Trata a los pacientes desde una perspectiva no ancianista, con la idea de que cualquier persona puede cambiar si lo desea o no. Se le pide a los pacientes que exploren de forma libre sus emociones sin ninguna interferencia, a través de esta autoexploración la persona descubre las necesidades que motivan su padecimiento para así manejar de mejor forma su vida. La psicoterapia en el adulto mayor tiene un aspecto psicológico y otro social. Estos dos aspectos se encuentran íntimamente relacionados.

Para Hernández (2005) la desvalorización cultural en los últimos años de vida de la persona coloca al adulto mayor en una posición de minusvalía lo cual genera en ellos pérdida de la autoestima, minusvalía, depresión, aislamiento, entre otros.

El objetivo principal de la psicoterapia geriátrica en el adulto mayor es que refuerce sus potencialidades de tal modo que llegue a darle a su vida un sentido más completo y digno. En general se espera obtener cambios en sus sentimientos, pensamientos y conducta, mejorar sus relaciones con los demás es decir en desarrollar habilidades sociales.

Según Hernández (2005) el tipo de terapia empleada en las personas de edad avanzada ha sido muy variada y según el caso se puede considerar:

- Terapia de grupo.
- Terapia individual.
- Orientación a la realidad.
- Terapia de resocialización.
- Psicodrama.
- Técnicas de modificación de conductas.
- Remotivación.
- Terapia de actitudes.
- Prevención de soledad, ansiedad y aburrimiento.

Este tipo de terapias pueden retardar el desarrollo de la senilidad y conllevar a una vida más rica y placentera para el paciente y los que viven con él. Estas terapias tienen como finalidad enfrentar al individuo de edad avanzada con la realidad del mundo que le rodea, mejorar por ende su comportamiento, ayudarlo a socializar con su entorno y con aquellas personas que

mantiene contacto y favorecer el cumplimiento de actividades. La terminación de la terapia puede efectuarse de manera que las sesiones se vayan espaciando y después se realicen visitas esporádicas en caso de requerir.

La terapia de grupo es útil para los ancianos ya que ofrece la oportunidad de poder compartir con los demás miembros del grupo preocupaciones, intereses, además que también puede ayudar a superar la soledad. Papalia y Wendkos, 1997 (citado en Hernández, 2005).

Según Hernández (2005) ha observado que los pacientes en terapia grupal reducen su nivel de deterioro y progresan de forma satisfactoria en su apariencia e higiene personal, hay mayor interés social, hay un mejoramiento en su funcionamiento mental y en sus relaciones interpersonales.

La terapia individual se recomienda antes o de la mano con la terapia grupal, en caso en que el adulto mayor tenga dificultades de carácter, ya que el grupo podría rechazarlo ante su falta de integración al mismo.

Para Groues, 1997 (citado en Hernández, 2005) las técnicas usadas en terapia con estos pacientes tienen en común los siguientes propósitos:

- Promover al paciente de experiencias que contrarresten las distorsiones de la realidad.
- Facilitar la comunicación con los otros.
- Facilitar la participación con los otros.
- Reducir la Ansiedad y aumentar el confort.
- Aumentar la autoestima.
- Proveer la introspección hacia las causas y manifestaciones del proceso de envejecimiento.
- Motivar la productividad a su nivel.

3.8. Factores de riesgo en el Adulto Mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 plantea que cuando hablamos actualmente de salud “no es solo la ausencia de enfermedad”, sino que además es un “estado

de completo bienestar...”, aludiéndose por lo tanto a la calidad de vida más que a la extensión de ésta. (Hernández y otros, 2010, p. 13).

Según Marín, 2010 (citado en Hernández y otros) las enfermedades cardiovasculares, las afecciones del aparato genitourinario, problemas prostáticos en los hombres, afecciones de vías urinarias en las mujeres, el infarto, accidentes vasculares, hipertensión arterial serían las complicaciones más frecuentes en el adulto mayor.

En relación a las causas del fallecimiento más de un tercio de muertes las personas de 60 años y más padecen de enfermedades cardiovasculares, de infarto, derrame o trombosis cerebral; una segunda causa de muerte vendría a ser tumores malignos, en ambos sexos también se puede dar cáncer al estómago que sería la principal causa de fallecimientos.

Y en tercer lugar la aparición de cáncer a la vesícula en los hombres y cáncer de útero y de mama en las mujeres.

Los factores de riesgo que influyen en el adulto mayor son:

3.8.1. Biológico

Según Guijarro, 1999 (citado en Hernández y otros, 2010) la evolución de una enfermedad en el anciano se puede clasificar en:

- Enfermedad Aguda de corta duración, con un aumento de atenciones y que dará lugar en ciertas ocasiones al internamiento hospitalario.
- Enfermedad crónica de larga duración, con curso estable y en otras ocasiones con frecuentes descompensaciones. Algunas de estas enfermedades que se presentan aquí se pueden tornar invalidantes con reducción o pérdida de las capacidades para que el adulto mayor pueda movilizarse por sí mismo o para su cuidado personal.
- Enfermedad terminal de naturaleza irreversible hace referencia a enfermedades que conllevan a planteamientos asistenciales específicos tanto en los domicilios como en los centros de atención.

Según Guijarro, 1999 (citado en Hernández, 2010) no existe la presencia de enfermedades exclusivas en la vejez pero si la presencia de enfermedades y procesos que pueden aparecer de modo prevalente en esta etapa y con características diferenciales definidas. La incontinencia que se da a partir de los 80 años de edad en la mujer la padece una cuarta parte de la población. La confusión mental o delirium es un proceso que acompaña al adulto mayor cuando se halla hospitalizado por cualquier motivo.

Para Gac, 2000 (citado en Hernández y otros, 2010) dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios tanto en la parte orgánica como en lo mental. Estos cambios que se producen dentro de la etapa normal del envejecimiento con el pasar del tiempo predisponen al adulto mayor a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al anciano a presentar enfermedades.

3.8.2. Psicológico

Para Concha, 2000 (citado en Hernández y otros, 2010) refiere que los aspectos más significativos que experimentan algunos ancianos son alteraciones sensoriales, aislamientos social, pérdida de control, problemas de desorientación, sentimientos de desamparo, pérdida y depresión. Además también la pérdida de redes de apoyo que conllevaría a la relación establecida con la familia, amigos, vecinos. Dentro de este sistema de apoyo alterado del adulto mayor podemos encontrar pérdida del trabajo, la movilidad y las distancias geográficas que implican limitaciones en la vida diaria.

3.8.3. Social

Según De la Paz, 2000 (citado en Hernández y otros, 2010) el campo laboral se ve afectado ya que el retiro del adulto mayor de su puesto de trabajo produce sin duda alguna un profundo impacto en la persona, ya que esto significa una pérdida de identificación dentro de un contexto en el que se desenvuelve el anciano y junto a ello una pérdida de niveles de socialización alcanzados a lo largo de su vida.

Las personas poseemos redes de apoyo mutuo basadas en las relaciones, estas redes se encuentran configuradas por las personas que conocemos. Hay personas que por su estrategia vital (muy centrada en su familia o hijos) o que por sus circunstancias laborales o por su

forma de enfocar sus relaciones sean estas abusiva, dominante o exigentes tienen una red más frágil, propensos a ser más sensibles a los problemas o conflictos que les rodean.

Los adultos mayores que sufren de discriminación al momento de querer conseguir un trabajo o una actividad y que además son rechazados se tornan más vulnerables a la soledad ya que estas situaciones provocan aislamiento y destrucción de redes, lo que aboca a una probabilidad mayor de soledad. Sin embargo toda nuestra vida está llena de episodios de vulnerabilidad ante la soledad.

Por un lado están los acontecimientos propios de la vida como la pérdida de personas queridas, jubilaciones, pérdida de trabajos y oportunidades en el caso de un adulto mayor, enfermedades prolongadas, etc y por otro lado la soledad propia de la ancianidad la que puede sobrevenir cuando el anciano siente que ya no vale para nada, que ya no puede producir laboralmente como antes y que aquellas personas que le rodeaban desaparecen poco a poco.

3.9. El Adulto Mayor y la Muerte

La llegada a la vejez enfrenta a la persona a una serie de cambios y pérdidas que repercuten de una u otra manera.

Para Pérez y Velasco (2011) el envejecimiento es un proceso dinámico, gradual, progresivo e irreversible, trae consigo la consciencia de saber que la muerte está cada vez más cerca y concebirla como tal frente ya a pérdidas que se ha tenido sean éstas pérdidas físicas, sociales y psicológicas.

Las personas de cualquier edad desconocen las condiciones en que la muerte llegará a sus vidas, sin embargo la incertidumbre y el miedo de desconocer su muerte genera muchas sensaciones. En nuestra sociedad se evita hablar del tema debido a que se considera como un tabú, en parte debido a que se teme mucho a lo desconocido, al sufrimiento y al dolor que implicaría el dejar de existir.

La construcción del concepto de muerte que tenga el adulto mayor dependerá de diversos factores, entre ellos el presenciar muertes cercanas, enfermedades que tenga el anciano, el distanciamiento de los hijos, las jubilaciones, las pérdidas vividas y elaboración de duelos

correspondientes, todo esto está en relación con la sociedad que se habita Viguera, 2005, (citado en Pérez y Velasco, 2011).

Para Pérez y Velasco (2011) en la muerte surgen dos variables importantes, la una relacionada con miedos ante la muerte y la otra las actitudes que tiene el adulto mayor frente a ello. La muerte al tener un carácter totalmente desconocido y al no saber que pasará después de morir genera en la sociedad temores, orientados al más allá, al juicio con Dios, a separarnos de nuestros seres queridos. Es por ese motivo que llegada la vejez surge con frecuencia estos miedos o temores originando ansiedad en el adulto mayor repercutiendo en sus relaciones familiares, asumiendo actitudes que no favorecen un enfrentamiento sano en esta etapa.

Cuando estos miedos son superados por los adultos mayores se encuentra a una persona con proyectos, con una actitud positiva y diferente frente a la vida, aceptando la muerte como parte del proceso vital del ser humano.

Aunque la vejez pone al ser humano cara a cara con el tema de la muerte un sano envejecimiento permite que el anciano viva de manera más satisfactoria esta etapa con una mayor calidad de vida. Entre las redes de apoyo que el anciano puede encontrar están sus creencias religiosas, filosóficas y sociales con las que cuenta.

3.10. Asilos o Centros de Atención para el Adulto Mayor.

Entre los diferentes centros de atención que se brinda hoy al adulto mayor están los asilos o llamados también albergues o casa hogar que son lugares en donde el anciano vivirá hasta el final de su existencia; el adulto mayor para poder ingresar a estos centros deberá cumplir con ciertos requisitos como ser solo, no tener un lugar donde vivir, no contar con familia ni con personas que cuiden de él o si el caso se da que si tenga familia por su grado de absoluta dependencia genere problemas en su dinámica familiar.

La función de estos centros de cuidado es la conservación de las capacidades que presenten los adultos mayores, además de mantener los nexos con sus familiares. Se considera que los asilos no deberían existir sin embargo son una opción ante la presencia de ancianos solos, algunos con familia pero que ya no les quieren con ellos.

La mayoría de estos centros poseen normas de admisión que limitan el ingreso solo a individuos en estado funcional independiente y sin evidencia de deterioro cognitivo avanzado. Con el paso del tiempo aumenta la probabilidad de que los adultos mayores presenten complicaciones que llegasen a disminuir sus capacidades mentales o físicas.

Los adultos mayores que residen en estas instituciones corresponden a un grupo que padece aislamiento social, recursos económicos bajos quizá nulos y que además poseen un bajo nivel cultural. Presentas diferentes enfermedades y un alto grado de vulnerabilidad.

La falta de prevención provoca que estos centros que fueron creados para los adultos mayores se encuentren al cabo de un tiempo con una población dependiente deteriorada que requieran de cuidados especializados con los que no se cuenta y para los que no se ha previsto una inversión apropiada. Hoy en día ni las mejores instituciones no están dirigidas necesariamente a una atención de ancianos más dependientes.

3.11. Conclusiones

El envejecimiento es un cambio progresivo ineludible al deterioro del cuerpo y de los sentidos, los mismos que van deteriorándose paulatinamente. La vejez se inicia a los 65 años y está caracterizada por una fragilidad extrema, incapacidad en ocasiones para ejecutar tareas de la vida cotidiana, los procesos mentales son lentos en esta etapa. El individuo sabe que su fin está cerca, la soledad y el aburrimiento son características comunes en el envejecimiento.

Los diferentes centros de atención que brindan hoy al adulto mayor, encontramos los asilos, albergues o casa hogar que son espacios donde los ancianos vivirán hasta el final de su existencia. La función de estos centros de cuidado es la conservación de las capacidades que presentan los adultos mayores, además de mantener nexos con sus familiares.

El proceso de envejecimiento implica cambios psicológicos que muchas veces no son fáciles, de considerar en la vejez, hay la presencia de sentimientos de soledad, inutilidad, aislamiento social, carencia de afecto, además del temor a la muerte.

La participación en actividades religiosas trae beneficios para la vida del Anciano ya que promueve conductas, el estilo de vida se vuelve más saludable, brinda apoyo pues disminuye los efectos de estrés y aislamiento. Los adultos mayores que están más involucrados en asuntos religiosos poseen menor temor al tema de la muerte.

CAPITULO IV

TERAPIA DE GRUPO

4.1. Introducción

En este capítulo abordaremos la terapia de grupo, su estructura y fases.

Tal como se ha indicado, “la psicoterapia que opera sobre sistemas interaccionales apunta a modificar los modos de relación interpersonal, los vínculos específicos que se producen entre los miembros de dicho sistema con el propósito de que ese cambio genere a su vez transformaciones necesarias para que cada individuo pueda mejorar su condición clínica” (Fernández, 2008, p. 596).

Podemos decir que la psicoterapia de grupo es una forma especial de terapia, en la cual se reúne un conjunto pequeño de personas guiados por un profesional para tratar temas o problemáticas en común.

La terapia de grupo tiene como finalidad aplicar un dispositivo en el que varias personas puedan llegar a formar una red de relaciones interpersonales, sobre los que se pueda producir cambios y que traiga consecuencias beneficiosas y de calidad respecto del motivo de consulta.

El grupo brinda un espacio en el cual las personas pueden expresar con facilidad su malestar y puedan compartir no solo con el terapeuta sino también con los demás miembros, pues tiene el poder de proveer al paciente un apoyo social (Fernández, 2008).

En la terapia de grupo pueden emplearse interactivamente diversas técnicas y estrategias, dependiendo de los objetivos propuestos.

Dentro de la terapia de grupo, tanto el terapeuta como los participantes deben tener ciertas características para formar parte de ella.

Cuando se realiza la terapia de grupo hay que considerar ciertas condiciones como el entorno físico y el tiempo. En cuanto al tamaño, éste podría variar entre 4 y 15 personas, sin embargo se considera 8 el número ideal de pacientes para conformar el proceso de terapia.

En la terapia se estructuran los grupos focalizados, semi abiertos y abiertos.

Los focalizados hacen referencia al afrontamiento de situaciones específicas.

Los semi abiertos referente a transiciones de la experiencia.

Y los abiertos a la reorganización de patrones básicos.

El inicio del proceso se realiza con una presentación de los participantes junto con un ajuste de expectativas, motivaciones y encuadre.

Nuestro plan de intervención para el manejo de la ansiedad ante la muerte se estructura empleando técnicas cognitivas, conductuales, de cine y experienciales; las que se adaptan al síntoma en cuestión y naturaleza de los participantes.

Para ello se abordó desde dos perspectivas integrativas:

La primera, el asesoramiento, que es “el proceso que tiene lugar en una relación de persona a persona entre un individuo perturbado por problemas que no puede manejar solo y un profesional cuya formación y experiencia lo califican para ayudar a otros a alcanzar soluciones para diversos tipos de dificultades personales” (Hanh y Maclean, 1995 citado en Balarezo, 2007, p.9). Dentro del asesoramiento se utilizó la técnica de psicoeducación incluida como la primera de enfoque cognitivo.

En segundo lugar se abordó desde la perspectiva psicoterapéutica, definida como el “método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra, en un marco de interacción personal positivo entre el paciente y psicoterapeuta” (Balarezo, 2010, p.46).

4.2 Concepto de terapia de grupo

Se ha afirmado que la “terapia de grupo da la oportunidad a los pacientes de aprender y gradualmente modelarse a sí mismos a través de otros miembros sensibles más expresivos y orientados hacia la consciencia psicológica” (Kaplan, 2000 citado en Moyano, 2014, p. 7).

4.3. Especificidad de los grupos: valor agregado para la terapia.

Moyano (2014) establece lo siguiente:

- Los principios generales son comunes para todas las condiciones clínicas que se administren, aunque admite y requiere formatos específicos par situaciones particulares.
- El método que se emplea y los caminos que se transmitan en el proceso son diversos y más enriquecedores en el plano personal e interpersonal.
- Los vínculos que se establecen en el grupo generan cambios y transformaciones en cada individuo en su condición clínica.
- Las investigaciones sostienen que los resultados que se obtienen son más estables y duraderos una vez que se ha concluido el tratamiento.

4.4. Razones claves del valor agregado de los grupos

4.4.1. Actualización de la Experiencia Funcional:

- Revivir y profundizar los acontecimientos dentro de la terapia.
- Facilitar la diversificación de la experiencia.
- Crear un espacio para ensayar cambios graduales.

4.4.2. Consistencia y Efectividad

- Elevada transferencia a la vida cotidiana.
- Existe mayor estabilidad en cuanto a los cambios.

4.4.3. Conformación de las redes:

- Permite un aumento del sostén social en los pacientes.
- Disminuye el peso de responsabilidad única en el terapeuta.
- La red social representa la dificultad y adversidad a mejorar. (Moyano, 2014)

4.5.- Características del terapeuta de grupo

Para Moyano (2014), el terapeuta grupal presenta las siguientes características:

- Actúa como un facilitador de las interacciones que se den en un grupo.
- Puede adoptar una postura directiva - no directiva, de reflexión, de motivador, etc.
- Establece objetos relacionados con la sustitución de las ideas y acciones indeseables por ideas y acciones más positivas.
- Ayuda a que los miembros del grupo puedan identificar sus relaciones, situaciones y asociaciones de su vida actual.

- Permite analizar las conductas negativas y cual es el mantenimiento de dicha conducta.

4.6. Características de los participantes de grupo

Según Moyano (2014), los participantes de terapia grupal presentan las siguientes características:

- Comparten una problemática en común que requiere de una acción terapéutica.
- Poseen una Capacidad Intelectual buena.
- Tienen una buena predisposición al proceso psicoterapéutico.
- Deben tener un nivel cultural promedio.

4.7. Estructura Grupal

El éxito que pueda tener el proceso grupal depende de una adecuada selección, organización y planificación contribuyendo de esta manera a:

- Atenuar expectativas exageradas
- Disminuir la ansiedad anticipatoria del paciente.
- Reducir la tasa de inasistencia y deserción.
- Ayuda a una mejor comprensión de los procesos grupales. (Moyano, 2014)

4.8 Selección de los pacientes para la terapia de grupo

Para Moyano (2014), la selección de pacientes para terapia de grupo consta de las siguientes fases:

4.8.1. Evaluación psicodinámica del candidato:

- Se refiere a la comprensión de las experiencias vitales del sujeto y a su problemática.
- Al tipo de personalidad que posee el candidato, se debe explorar si existe algún trastorno en esta área. Suele ser conveniente no incluir a pacientes que presenten disfunciones graves de la personalidad, excepto cuando hay un formato diseñado para trabajar dichas disfunciones.
- Evaluar el tipo de relaciones interpersonales del candidato.

- La disponibilidad del candidato sobre el proceso y el tiempo.

4.9. Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión a seguir dentro del proceso de psicoterapia son:

4.9.1. Criterios de Inclusión:

- Moderado nivel de expectativas y motivación.
- Predisposición a priorizar el proceso e informar sobre su vida.
- Núcleo del malestar.
- Grado de urgencia.
- Nivel de resistencia.
- Capacidad de integración.
- Ser capaz de dar y recibir feedback.
- Grado de empatía.

4.9.2. Criterios de Exclusión:

- Pacientes que van obligados.
- Personas que no pueden tolerar una situación actual.
- Que se encuentren en una situación de crisis aguda y con un bajo nivel de tolerancia a la ansiedad y frustración.
- Que presenten organicidad y un bajo nivel de inteligencia.
- Pacientes con enfermedades médicas graves.
- Pacientes psicóticos.
- Pacientes con tendencia suicida o manía aguda.

4.10. Composición del grupo

“Los parámetros específicos de homogeneidad y heterogeneidad incluyen: la dinámica del paciente, diagnóstico, clase social, raza, religión, edad, sexo, orientación sexual y estado civil” (Moyano, 2014, p.22).

4.10.1. Grupos Homogéneos:

- Ofrecen ventajas cuando se pone el acento en la mejoría sintomática a corto plazo.
- Son más cohesivos.
- Brindan apoyo inmediato a los participantes

- Son menos conflictivos.

4.10.2. Grupos Heterogéneos:

- Bueno para áreas de conflicto interpersonales y enfrentar los problemas.
- Permite generar modelos de rol alternativos.
- Los diferentes grupos de edad tienden a encajar bien y propician un matiz de transferencias paterno – filiales.
- El balance de hombres y mujeres no es muy significativo siempre que se cuente con un mínimo de dos miembros del mismo sexo.

4.11. Organización del grupo

Según indica Moyano (2014) se requiere de las siguientes condiciones:

4.11.1. Entorno Físico: una habitación tranquila, bien iluminada, sillas cómodas o cojines, son necesarias. Para evitar interrupciones durante la terapia el terapeuta deberá restringir el acceso a la habitación.

4.11.2. Tiempo: se observan dos tipos de grupos: los de corta y larga duración:

- Los grupos de corta duración son de orientación psicopedagógica, el terapeuta participa de forma activa, son grupos cerrados.
- Y los grupos de largo plazo orientados al insight no cuentan con un final prefijado y tienen una rotación lenta de pacientes.

Los grupos de los pacientes ambulatorios se reúnen generalmente una vez a la semana durante una o dos horas cada sesión, siendo la media 90 minutos.

4.12. Tamaño, registro y honorarios

Según Moyano (2014), el tamaño de los grupos puede variar entre 4 a 15 personas, sin embargo se considera 8 el número ideal de pacientes para un proceso de terapia. Hay que tomar en cuenta la tasa de abandonos que se puede suscitar por parte de los pacientes en terapia, para ello, el terapeuta debería comenzar con un grupo ligeramente superior al ideal.

Hay que llevar un registro escrito de las asistencias y un resumen de cada sesión que se tenga con los pacientes ya que ayudará a detectar con facilidad retrasos y sesiones perdidas.

Y por último los horarios en la que la mayoría de terapeutas cobran una vez por mes.

4.13. Fases macro de terapia grupal

Moyano (2014) señala que hay que realizar una evaluación inicial sobre los posibles participantes del proceso grupal y considerar:

- La evaluación psicodinámica del paciente.
- Los criterios de Inclusión.
- Los criterios de exclusión.
- La disponibilidad y predisposición del asesorado.
- El tipo de problema o trastorno.

Además establecer objetivos que sean alcanzables para los participantes antes del inicio grupal.

- Focalizados: afrontamiento de situaciones específicas (síntomas emocionales, enfermedades físicas).
- Semi abiertos: transiciones de la experiencia (vitales/sociales).
- Abiertos: reorganización de patrones básicos (perturbaciones de personalidad / desarrollo personal).

El inicio del proceso se realiza con una presentación de los participantes, además un ajuste de expectativas y motivaciones y finalmente el encuadre:

- Objetivos y aspectos del dispositivo.
- Consolidar la alianza terapéutica.
- Pautas y prescripciones dentro de la sesión.
- Modos de evaluación y TIS.
- Límites de la relación terapéutica entre compañeros de grupo.

En las sesiones del proceso terapéutico cada miembro manifiesta su punto de vista o experiencia y los demás sirven de apoyo o referencia. Luego se realiza la aplicación técnica, seguido de ello el cierre y finalmente la evaluación de los objetivos y posible seguimiento.

4.14. Técnicas de Intervención

A continuación abordaremos las siguientes técnicas:

4.14.1. Técnicas Cognitivas

Las técnicas cognitivas son intervenciones terapéuticas que se orientan a modificar pensamientos que se asocian a síntomas desadaptativos de las personas. En este caso nos orientaremos puntualmente a los síntomas de ansiedad.

La teoría cognitiva conductual postula que las emociones y conductas de las personas están fuertemente influenciadas por los significados que se le otorgan a los eventos de la vida. Así las experiencias o situaciones que las personas viven día a día no son las que determinan lo que el individuo siente, sino más bien la forma en que se interpretan esas situaciones. Los pensamientos influyen en las emociones y éstas a su vez influyen en las conductas.

Los síntomas patológicos de ansiedad suelen estar asociados a contenidos mentales de procesamiento automático determinados, a los que se les denominan *pensamientos automáticos*, los que se originan en procesos de interpretación erróneos, a los que se les denominan *sesgos o distorsiones cognitivas*.

Los pensamientos automáticos son “los contenidos de las distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y supuestos personales” (Sabaté, 2000, p.1), estos pensamientos surgen de las creencias irracionales subyacentes, ideas que son atribuidas por las personas como verdades absolutas, rígidas y que carecen de procesamiento racional o lógico; éstas creencias posiblemente fueron desarrolladas en la vida temprana del individuo, influyendo posteriormente en la evaluación de sí mismo, el futuro y el mundo (triada cognitiva).

Las técnicas cognitivas tienen el objetivo de modificar los pensamientos automáticos, creencias irracionales y distorsiones cognitivas asociadas al síntoma, desarticulando el factor cognitivo de la ansiedad. Son procedimientos activos, directos, estructurados y de tiempo limitado que se han utilizado para tratar distintas alteraciones patológicas tales como: ansiedad, depresión y fobias entre otras.

Las técnicas cognitivas para los tratamientos de ansiedad permiten identificar, cuestionar, comprobar y corregir los pensamientos automáticos, creencias irracionales y distorsiones

cognitivas, mediante educar y dialogar con los sujetos acerca de las ideas relacionadas con sus temores y ansiedades.

El terapeuta ayuda al paciente a pensar de modo más objetivo y realista frente a los acontecimientos temidos, y con ello a sentir y actuar de manera más adaptativa.

4.14.1.1. Psicoeducación

Para Clark y Beck (2012), la primera estrategia de intervención cognitiva es informar al cliente sobre aspectos relativos a sus síntomas y proceso terapéutico.

La terapia cognitiva conductual utiliza la psicoeducación, que consiste en la explicación de forma breve del modelo teórico de trabajo, dándole al paciente información sobre sus problemas y padecimientos (Camacho, 2003).

Tres son los principales aspectos a considerar al educar a los clientes en la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad (Clark y Beck, 2012):

- 1.- Hablar con los sujetos acerca de la función del miedo y ansiedad utilizando sus experiencias personales (aspectos adaptativos y desadaptativos de la ansiedad).
- 2.- Proporcionar al cliente una explicación acerca de los síntomas de ansiedad y la forma en que se mantienen.
- 3.- Explicar la justificación del tratamiento cognitivo (qué hace la técnica cognitiva).

Clark y Beck (2012) afirman que la primera sesión de intervención terapéutica consiste precisamente en educar al paciente, por tanto ésta será la primera estrategia psicoterapéutica que se aborde en nuestra intervención.

Adicionalmente estos mismos autores antes mencionados han incluido dentro de esta estrategia, la educación sobre técnicas para la reducción de ansiedad; lo que en opinión de esta autora, será de gran apoyo, al proporcionarles a los sujetos técnicas rápidas y simples que puedan contribuir al manejo sintomatológico desde la primera sesión terapéutica,

contribuyendo adicionalmente a la motivación y adherencia de los paciente al programa propuesto por este estudio.

Por lo anteriormente expresado, de forma adicional, a los sujetos de estudio se les enseñarán las siguientes técnicas descritas por Báez 2002 (citado en Clark y Beck, 2012):

- Desarrollar una actividad física.

- Decidir entre las cosas hay que hacer necesariamente pronto y las que se pueden aplazar para otra ocasión.

- Destinar tiempo para si mismo (tomarse un baño agradable), visitar a una amiga o tomar algo con algún conocido.

- Plantearse objetivos realistas, que se puedan lograr.
- Observar y comprender lo que le ocurre cuando empieza a sentir ansiedad.

- Intentar hacer algo para cambiar la situación si descubre que algún acontecimiento esta produciendo un aumento de ansiedad.

4.14.1.2. Reestructuración Cognitiva

Dentro del tratamiento cognitivo de los trastornos de ansiedad, el segundo paso es la reestructuración cognitiva. El objetivo de ésta es “modificar (...) las creencias y valoraciones que tiene la persona ansiosa sobre la amenaza” (Clark & Beck, 2002, p. 339).

Las distorsiones cognitivas hacen referencia a los errores en el procesamiento de la información derivado de los esquemas cognitivos o supuestos personales (creencias) (Ruiz y Cano, 2002).

En los trastornos de ansiedad existen ciertas distorsiones cognitivas que se presentan con más frecuencia. En la tabla 3 se observan las más comunes.

Tabla N° 3: Distorsiones cognitivas en la ansiedad.

Error de pensamiento	Definición	Ejemplos
Catastrofizar	Focalizarse en el peor resultado posible de la situación ansiosa	<ul style="list-style-type: none"> • Pensar que la presión en el pecho es señal de ataque al corazón • Asumir que sus amigos piensan que su comentario es estúpido • Pensar que será despedido por cometer un error en el informe
Saltar a conclusiones	Esperar que el resultado temido sea extremadamente probable	<ul style="list-style-type: none"> • Esperar suspender el examen por inseguridad en una pregunta • Predecir que se quedará en blanco durante el discurso • Prever que se sentirá extremadamente ansioso si hace el viaje
Visión de túnel	Focalizarse sólo en la posible información relevante para la amenaza al mismo tiempo que se ignoran las pruebas de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Advertir que una persona parece aburrida mientras usted habla en una reunión • Advertir una gota de orina en el suelo de un baño muy limpio • Persona con TEPT de combate experimenta recuerdos e imágenes mientras ve una noticia de un lugar geográfico distante
Propensión a la aproximación	Tendencia a asumir que la amenaza es inminente (inmediata)	<ul style="list-style-type: none"> • Un individuo con TOC está convencido de la posible contaminación, incluso aunque pasee a varios metros de un vagabundo • Un individuo propenso a preocuparse está convencido de que será despedido en cualquier momento • La persona con miedo a vomitar se preocupa porque tiene una sensación "inestable" en el estómago
Razonamiento emocional	Suponer que cuanto mayor sea la ansiedad, mayor es la amenaza real	<ul style="list-style-type: none"> • "Volar debe ser peligroso porque siento tanta ansiedad cada vez que vuelo" • La persona con pánico asume que la probabilidad de "perder el control" es mayor cuanto mayor sea la ansiedad que siente • El individuo propenso a preocuparse está aún más convencido de que algo malo va a ocurrir porque se siente ansioso
Pensamiento de todo o nada	La amenaza y la seguridad se ven de forma rígida, en términos absolutos de presentes o ausentes	<ul style="list-style-type: none"> • La persona con dudas obsesivas está constantemente preocupada de no haber apagado completamente una luz • La persona con ansiedad social está convencida de que, si habla en la reunión, sus colegas de trabajo pensarán que es incompetente • La persona que experimenta un trauma pasado está convencida de que debe evitar cualquier cosa que le recuerde al incidente pasado

Clark y Beck, 2002, p. 293

La reestructuración cognitiva se efectúa básicamente mediante el diálogo entre el terapeuta y el paciente, denominado *diálogo socrático*. A través de la formulación de preguntas orientadas a cuestionar aquellas creencias irracionales que se hayan identificado en el transcurso de la evaluación del sujeto o el diálogo mismo. Se busca que la propia persona resuelva la existencia o no de evidencias a favor o en contra de sus propias creencias (Marqués y Herencia, 2011).

Como resultado se logra que el sujeto pueda identificar la distorsión y plantear un pensamiento alternativo que sea más objetivo y funcional que el anterior, provocando una modificación de la ansiedad asociada a éste.

4.14.2. Técnicas Conductuales

Para Wolpe 1969 (citado en Yulis, 1974) la terapia conductual es un proceso de modificación de comportamientos desadaptativos basado en los principios del aprendizaje. Mediante las técnicas conductuales los hábitos inadecuados son debilitados o eliminados, y a su vez permiten la adquisición de hábitos más adaptativos.

Las técnicas conductuales son procedimientos que se basan en principios biológicos y de aprendizaje (condicionamientos), lo que ha significado un alto nivel de efectividad en la recuperación de pacientes sometidos a éstos (Wolpe, 2011).

Por otra parte, estas técnicas son empleadas como intervenciones complementarias en la tarea de modificar creencias erróneas acerca de la amenaza y seguridad que experimenta el individuo frente a una situación o evento (Clark y Beck, 2012).

Por consiguiente, a continuación se proporcionarán las técnicas conductuales, como complementación y reforzamiento de los efectos producidos en la fase de técnicas cognitivas.

4.14.2.1. Intención Paradójica: la hora de preocuparse

La intención paradójica es una técnica conductual que “confronta nuestro sentido común ya que es un proceso mediante el cual el paciente es animado a hacer o a desear que ocurra aquello que precisamente teme” (Frank, 1984 citado en Cabrales, 2009, p.1).

La eficiencia de la intención paradójica se basa “en el principio fundamental de que los pacientes intenten llevar a cabo la conducta que están evitando, de esta manera, el proceso circular, que se mantiene a sí mismo, se rompe, puesto que el intentar realizar la conducta no deseada es incompatible y finalmente neutraliza, la ansiedad anticipatoria” (Caballo, 2008, p. 251).

El objetivo de la técnica de intención paradójica es que la persona adquiera habilidad para manejar sus estados de ansiedad.

Para utilizar esta técnica es importante comprender como funciona:

Para Marqués y Herencia (2011) las personas ansiosas suelen adquirir una habilidad especial para preocuparse de manera constante, de forma que muchas veces se hayan angustiadas, tensas, preocupadas, con dificultad para concentrarse en tareas o actividades de su rutina diaria. Estas preocupaciones se presentan en forma de pensamientos o imágenes que tienden a ser repetitivas, fenómeno denominado como rumiación cognitiva. Este proceso ocurre de forma automática en cualquier momento del día, siendo de difícil control.

Según los mismos autores, uno de los motivos por los que persiste la rumiación es por que el sujeto intenta rechazar el pensamiento perturbador, sin darle cabida, sin embargo cuando la rumiación esta bien instalada en la mente esta estrategia de control no suele ser efectiva. El sujeto por lo general no ha buscado un espacio adecuado para poder pensar en todo lo que le aflige o preocupa. Es por eso que los pensamientos perturbadores aparecen en cualquier momento, afectando de esta forma en todas las facetas del sujeto.

Para desarticular este fenómeno cognitivo se propone una variante de intención paradójica denominada *la hora de preocuparse* (Marqués y Herencia, 2011), la misma que se explica a continuación:

La técnica se basa en elegir con antelación una hora del día en donde la persona no pueda prestar atención a ninguna otra actividad, que permanezca a solas para pensar y preocuparse por todos sus problemas.

Una vez que la persona ha elegido la hora para preocuparse se le dará la instrucción de preocuparse lo más que pueda, concentrándose en todos los problemas que le acongojan en ese instante. Si la preocupación llega a aparecer en otro momento del día la persona se dará auto instrucciones mentales indicándose a sí misma que ahora no es el momento de pensar, que para ello tiene destinada una hora.

4.14.2.2. Técnica de Distracción

Esta técnica busca “distraer la atención del paciente para que no se focalice en sus sensaciones internas de ansiedad” (Marqués y Herencia, 2011, p.125). Son los pensamientos y sentimientos ansiosos los que deben “desenfocarse”, produciendo así una reducción de la ansiedad.

Centrarse en los estímulos externos, describiéndolos y clasificándolos; conversar con algún amigo y dar un paseo con él; evitar un ambiente que produzca efecto adverso; recitar algo; o realizar cualquier actividad agradable, son ejemplos de distracciones (González, 2009).

El objetivo principal del las técnicas conductuales para la ansiedad es la exposición y por medio de ella, la eliminación o descenso de la respuesta ansiosa asociada. Esta técnica sería la excepción, ya que se orienta a la evitación.

La distracción, utilizada indiscriminadamente, podría reforzar la respuesta ansiosa por cuanto no permite la exposición, y produce contingencias positivas asociadas a la evitación. Lo anterior nos lleva a manejar esta técnica con el rigor correspondiente: solo se utilizará como última estrategia para pensamientos recurrentes residuales que no hayan sido manejados con técnicas anteriores.

La técnica se abocará a desenfocar los pensamientos relativos a la muerte y las sensaciones ligadas a éstos.

Dada la naturaleza de la muestra, las distracciones propuestas fueron: rezar, ir a misa, focalización en paisaje, cantar, conversar con compañeros, coser, tejer e ir a terapia ocupacional.

4.14.2.3. Técnica de Relajación Muscular Progresiva

La relajación muscular progresiva es una técnica que ha sido utilizada específicamente para reducir niveles de ansiedad (Clark y Beck, 2012).

Jacobson la define como “una reducción progresiva y voluntaria de la contracción, tono y actividad de los músculos y del sistema nervioso motor correspondiente. Si la relajación se limita a un determinado miembro o grupo muscular es calificada de local si afecta a todo el cuerpo, en decúbito, de general” (citado en Balarezo, 2003, p. 119).

Mediante la tensión y distensión de varios grupos musculares, las contracciones musculares podrían ser eliminadas llevando a la persona a un estado de relajación profundo (Clark y Beck, 2012).

El procedimiento consiste en que el paciente contraiga grupos musculares para luego relajarlos, prestando especial atención en las sensaciones que se producen en ambos estados opuestos y la relajación resultante de la práctica (Wolpe, 2011). Esto no solo es importante a la hora de entrenar al paciente en la forma de lograr relajación en momentos de tensión (ansiedad), sino que también entrena al sujeto para que detecte con mayor facilidad sus propios estados de tensión (Clark y Beck, 2012). Ambos objetivos se consideran importantes en la presente planificación psicoterapéutica integrativa, por cuanto la persona tratada aumenta su nivel de conciencia interoceptiva, pudiendo detectar con mayor facilidad los síntomas corporales de ansiedad, y aumenta la habilidad del sujeto en la producción de

relajación corporal deliberada en momentos de tensión, combatiendo así la ansiedad desde el cuerpo.

Antes de aplicar las técnicas de relajación muscular, hay tres indicaciones de control conductual y ambiental a considerar en las sesiones (Marqués y Herencia, 2011):

- **Ambiente Físico:** sala tranquila pero no totalmente insonorizada, luz tenue. Atuendo del cliente cómodo y sin prendas ceñidas que dificulten la circulación. Que se desprenda de los objetos que puedan dificultar la tensión – relajación de algún grupo muscular.
- **Voz del terapeuta:** tono e intensidad de voz cambian según la actividad de relajación usada (tensión o distensión), no se usan tonos sugestivos, voz con tono normal, un poco bajo y pausado y no va perdiendo volumen ni haciéndose cada vez más lenta.
- **Presentación de la técnica:** se debe informar sobre el procedimiento, finalidad y aplicación de la técnica en relación con el problema del paciente. El terapeuta debe asegurarse de que el paciente haya comprendido la información.

4.14.2.4. Técnica de Inundación

La inundación o sobresaturación es una variante conductual que considera contenidos cognitivos concientes, a los que se puede acceder con mayor o menor facilidad y estímulos externos fácilmente descriptibles (Marqués y Herencia, 2011).

La técnica de la inundación se basa “en detener la conducta de evitación exponiendo al paciente a tantos estímulos de evitación como le sea posible, intentando finalmente obtener una completa exposición al estímulo condicionado” (Marqués y Herencia, 2011, p. 66).

La sobresaturación o inundación es una técnica que se ha descrito como capaz de disminuir la respuesta ansiosa gracias a la extinción, un debilitamiento progresivo de la respuesta por habituación al estímulo (Wolpe, 2011).

Cuanto mayor sea la cantidad de estímulos ansiógenos experimentados mayor será la respuesta afectiva y por tanto existen mayores probabilidades de éxito en los resultados.

Cuando la inundación se realiza en la imaginación, la presentación de estímulos generadores de ansiedad se realiza en forma de relatos o historias con un principio, un desarrollo y un final; tratando de exponer a los estímulos temidos tal como la persona suele imaginarse o percibirlos. El relato debe estructurarse organizando los acontecimientos de forma progresiva hasta llegar al máximo temido, conllevando la mayor cantidad de estímulos y descripciones posibles, ej. visual, auditiva, táctil, gustativa y olfativa (Marqués y Herencia, 2011).

La inundación en imaginación abarca estímulos ansiógenos asociados a un suceso que la persona teme mucho (la muerte); se expone al sujeto a que imagine las cosas que le van a ocurrir. Permite exponer a estímulos a los que es muy difícil exponer en vivo, dado el nivel elevado de ansiedad que se provoca o la dificultad en la disposición de objetos o sucesos ansiógenos (Wolpe, 2011).

La aplicación de esta técnica provoca una reducción de ansiedad de manera rápida produciendo mejoras significativas en casos de ansiedad, fobia específica y otros (Marqués y Herencia, 2011).

Posteriormente, una vez manejados niveles de ansiedad elevados con la inundación en imaginación, es posible realizar inundaciones o sobresaturaciones en vivo, exponiendo al sujeto a estímulos externos relacionados con la ansiedad. En el caso de nuestro estudio utilizaremos fotos de objetos y situaciones relacionadas con la muerte.

4.15. Técnica de Cine

“Las películas hacen más profunda la alianza terapéutica al proveer de una experiencia común y por colocar al cliente y terapeuta en un nivel más cercano, creando un marco de mayor colaboración entre ambos” (Fernández, 2013, p.46).

La utilización del cine en psicoterapia llega a formar una conexión con el paciente, ya que a través de la misma surgen elementos que se ven reflejados de acuerdo a la vida del paciente. Las películas llegan a un nivel mucho más emocional e implícito que racional, ayudando a reducir los mecanismos de defensa presente en la persona, por cuyo motivo es importante el empleo de videos que traten las preocupaciones y conflictos que presenta el sujeto de forma indirecta Mangin (1999 citado en Fernández, 2013).

Para ello es necesario que el terapeuta se habitúe a ver películas que tengan un fin terapéutico más que un entretenimiento, lo que le brindará una mayor preparación de los sujetos para abordar las temáticas terapéuticas. Es necesario que el profesional escoja un problema y busque a la vez una película que se adapte a dicho problema, analizar el video y comentarlo (Fernández, 2013).

Es importante considerar que las películas deben presentar algunas condiciones para ser utilizadas en terapia (García-Martínez y Moreno-Mora, 2011 citado en Fernández, 2013):

- Presentar un personaje que sea un buen modelo.
- El tema debe estar relacionado con el problema del cliente.
- El filme debe estar adaptado a gustos del cliente.
- Deben aparecer personajes resolviendo problemas.
- La referencia al problema del cliente debe ser indirecta y metafórica.
- Contar con escenas que evoquen emociones con el cliente.
- En la sesión siguiente a la asignación el cliente y el terapeuta deben discutir sobre el mensaje que transmite la película y las soluciones e interrogantes que aporta.

El terapeuta hace una elección de las escenas que usará en función a la necesidad y situación que la persona presenta. En las películas se analizan los personajes y sus relaciones; se trata de conseguir que el sujeto encuentre las similitudes entre lo que el ocurre al personaje de la película y su situación actual, que logre la identificación de pensamientos, emociones y conductas del personaje y si éstas muestran algunas semejanzas con lo que le ocurre a la persona.

En esta intervención se procederá a colocar a los adultos mayores la película que lleva como título “Mi abuelo es un sinvergüenza”; cuyo contenido pretende abordar la vejez y proximidad de la muerte desde una perspectiva humorística, ausente de interpretaciones ansiosas o temerosas. Se busca producir en los adultos mayores un nivel de aceptación ante la muerte y por ende otorgarle otro significado, vivir cada segundo con total plenitud y tranquilidad, compartiendo con nuestros familiares o cercanos.

Una vez visto el filme se abordará este tema procurando influir a los participantes con esta reinterpretación de despreocupación respecto de la vejez y su relación con la muerte.

4.16. Técnicas Experienciales

La psicología experiencial aporta un enfoque terapéutico basado en la emoción presente (aquí y ahora).

Lo experiencial implica “estar en interacción preverbal, preconceptual, corporal con el medio ambiente, una sensación a nivel visceral, del significado sentido de las cosas. Incluye la sensación de tener experiencias y el flujo continuo de sensaciones, impresiones, eventos somáticos, caer en la cuenta en algo reflexivamente y significados cognitivos que surgen en el campo fenomenológico de sí mismo” (Alemany, 2011. p.8)

Según Alemany (2011) la psicoterapia experiencial trata a personas con síntomas ansiosos y depresivos; esta técnica es apropiada para personas en crisis ya que en estos casos el paciente manifiesta sensaciones corporales fuertes y su atención se haya focalizada en algún punto significativo.

En el presente estudio proponemos dos enfoques psicoterapéuticos experienciales dentro de la planificación: biodanza y mindfulness (conciencia plena).

4.16.1. Biodanza

La Biodanza es “un sistema de integración afectiva, de renovación orgánica y reducción afectiva y de aprendizaje de las funciones originarias de la vida, cuya metodología se basa en la inducción de vivencias a través de la música, la danza, el canto y de diversas situaciones de encuentro (Toro, 2005, p.3).

La biodanza trabaja con la parte sana de los pacientes, se persigue con ello la aceptación e integración de todas las emociones y su adecuada canalización.

La música induce al movimiento y por ende ésta induce a la vivencia. El método de la Biodanza se basa principalmente en la inducción de vivencias integradoras, es decir la experiencia vivida por la persona en el aquí y en el ahora.

Para Toro (2005) la biodanza estimula cinco líneas de vivencia que son:

- Vitalidad: hace referencia a la alegría de vivir, a la armonía orgánica, al rejuvenecimiento y sobre a sentir la vida como significativa.
- Sexualidad: está relacionada con la identidad, reconocer y explorar el cuerpo, el placer, el afecto, el compartir con los otros, etc.
- Afectividad: hace referencia vínculos afectivos como el amor, la ternura, expresión de afecto consigo mismo y con los demás, la empatía.
- Creatividad: se refiere a la innovación, renovación, la capacidad que poseen las personas para resolver problemas, mejorar las relaciones interpersonales; además genera situaciones de disfrute, crear aspectos que potencialicen el área de desarrollo de aptitudes personales.
- Trascendencia: hace referencia a la capacidad de trascender a las dificultades, ser capaz de tomar decisiones, ser conciente de uno mismo y del entorno.

Mediante los movimientos que se ejecutan en biodanza se da una reconciliación con nuestra propia existencia; cuando se realiza en grupo permite la articulación del individuo en lo colectivo y en un diálogo que va mucho más allá de las palabras (Toro, 2005).

En nuestros tiempos la biodanza es considerada como un método terapéutico el mismo que induce vivencias integradoras mediante la danza, el canto y la música, éstas vivencias invitarán a los adultos mayores a conectarse y plasmar aquellos momentos de su vida presente.

Se pretende con esta técnica producir un mejoramiento en el estado físico y emocional de los adultos mayores, despertando la alegría y estabilidad de la persona para sí misma y con sus miembros.

Se trabajará en la línea de vivencia de vitalidad y afectividad, cuya técnica irá encaminada a disminuir niveles de ansiedad ante la muerte presentes en los adultos mayores, procurando

favorecer la conexión con la vida en toda su plenitud en el aquí y en el ahora, desenfocando las aprehensiones negativas relacionadas con la muerte futura.

Se utilizará un repertorio de canciones destinadas para trabajar esas dos líneas de vivencia (vitalidad y afectividad), así como también ejercicios que serán empleados para el manejo de la ansiedad. El tiempo de duración será de 45 minutos para la sesión.

4.16.2. Mindfulness

El mindfulness puede entenderse como “atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual” (Vallejo, 2006, p.1).

Con esta técnica se pretende que la persona se centre en el momento presente, que no interfiera en lo que sienta o perciba en ese momento, que se centre en sus emociones y sensaciones en ese momento de forma natural.

El mindfulness es considerado como una filosofía de vida, como una manera de conducirse en ella. Básicamente consiste en centrarse en el presente, en sentir las cosas tal cual como se las siente, no forzar en controlar los pensamientos que emerjan en ese momento, simplemente el tener conciencia plena de ello (Vallejo, 2006).

El empleo de la técnica mindfulness ha sido utilizada para la reducción de ansiedad, además de ello ha sido integrado en tres procedimientos clínicos de gran interés (Vallejo, 2006):

- 1.-En la terapia de conducta dialéctica manifestada por Marsha Linehan, quien desarrolla un tratamiento basándose en el mindfulness y la aceptación para el abordaje de trastornos de personalidad límite.
- 2.-La terapia basada en mindfulness de la depresión.
- 3.-Finalmente mindfulness se ha integrado en la terapia de aceptación y compromiso.

Cabe destacar que un moderno estudio comprobó la efectividad de las técnicas mindfulness en la prevención de recaídas de conductas adictivas, orientándose al manejo de emociones desagradables (Browen, Chawla y Marlatt, 2013).

Para Villajos, Ballesteros y Barba (2013) el mindfulness tiene efectos curativos por cuanto cumple las siguientes funciones:

- Disminuye la percepción del dolor severo, hay un aumento de la tolerancia frente al dolor y junto a ello una disminución del empleo de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos.
- Disminuye el estrés, ansiedad y depresión.
- Mejora la capacidad de decisión.
- Aumenta de la adherencia terapéutica.
- Aumenta de la motivación para realizar cambios de los estilos de vida y de otras conductas.
- Enriquece las relaciones interpersonales.
- Modifica la manera de enfermar.

La técnica que se utilizará es una de las más básicas del mindfulness, se orienta a entrenar a los participantes en la habilidad de enfocar la conciencia en un elemento determinado, desarrollando estrategias para controlar pensamientos intrusos. Consideramos que al potenciar esta capacidad, el sujeto estará en condiciones de manejar pensamientos y emociones recurrentes relacionadas con la muerte con mayor eficiencia.

La técnica mindfulness buscará un cambio de actitud en los adultos mayores frente a sus temores, pudiéndolo aplicar en todos los momentos de sus vidas, logrando una mayor capacidad de concienciar sus propios estados y enfocarse en elementos incompatibles con la ansiedad.

Se trabajará en un ejercicio de prestar atención a un objeto determinado, observando los pensamientos intrusos, aceptándolos y dejándolos ir. El tiempo de duración será de 30 minutos.

4.17. Conclusiones

El plan de intervención para el manejo psicoterapéutico de la ansiedad ante la muerte se estructura mediante el empleo de técnicas cognitivas, conductuales, de cine y experienciales; las mismas que se adaptan al síntoma en cuestión y a la naturaleza de los participantes.

Se abordó desde dos perspectivas integrativas; la primera desde el asesoramiento, dentro de esta se utiliza la técnica de psicoeducación.

Y en segundo lugar desde una perspectiva psicoterapéutica en la que se emplearon una variedad de técnicas orientadas al manejo de la ansiedad.

De acuerdo a los antecedentes teóricos de cada técnica a utilizar, podemos proponer la hipótesis de que la combinación de estas técnicas obtendrá un descenso estadísticamente significativo de los niveles de ansiedad ante la muerte en adultos mayores

CAPITULO V

PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL PARA EL MANEJO DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN EL ADULTO MAYOR

5.1. Introducción

En este capítulo se abordará la parte práctica de nuestra propuesta psicoterapéutica llevada a cabo en el Hogar Cristo Rey de la ciudad de Cuenca, éste centro cuenta con una capacidad de 125 pacientes comprendidos entre hombres y mujeres. Una vez realizada la gestión para la autorización del trabajo investigativo dentro de la institución, se procedió a una meticulosa selección de los pacientes para lo cual se tomó una muestra de 12 adultos mayores, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 65 y 80 años de edad.

Se coordinó con la psicóloga de la institución para proceder a la selección de los sujetos de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión utilizando los archivos del departamento psicológico.

Se procedió a la firma del consentimiento informado y se tomó datos de identificación a cada uno de los participantes.

Se evaluó con el instrumento de la Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte a los pacientes para medir la existencia de niveles de ansiedad.

Una vez obtenidos los resultados se procedió a la planificación y ejecución del proceso psicoterapéutico.

Y posteriormente a la reevaluación de la Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte a los pacientes para determinar si disminuyeron los niveles de ansiedad de forma significativa o no.

5.2. Metodología:

Institución: Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados Cristo Rey.

Misión: Acoger tanto a hombres como a mujeres, cuidar y dar asistencia a personas adultas mayores más vulnerables, cuidando sus cuerpos para salvar las almas, inspiradas en la calidad evangélica para ser así continuadoras de la misión de Cristo.

Visión: Asilo de Ancianos Desamparados Cristo Rey, Institución pionera en la atención de las personas Adultas Mayores desde el año 1933, brinda servicio de atención integral de calidad con calidez, basada en la caridad cristiana carismática, en el ámbito espiritual, familiar, social y emocional para hacer de esta etapa de la vida una experiencia gozosa de vida, feliz, alegre, dinámica y confortable hasta el ocaso de la existencia.

Objetivo General: Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las Personas Adultas Mayores de escasos recursos económicos y en estado de vulnerabilidad.

Objetivo Específico: Brindar una atención integral a 125 personas Adultas Mayores con el fin de mantener sus capacidades, las mismas que beneficien una integración familiar, social y psicológica optimizando el buen vivir en el Hogar Cristo Rey del cantón Cuenca.

Antecedentes: El Hogar Cristo Rey es la primera casa de congregación “Hermanitas de los Ancianos desamparados” de origen español fundada en Ecuador. Fue creado por iniciativa del Padre Miguel Castro y la Srta. Florencia Astudillo el 23 de Agosto de 1933 al constatar el abandono, indigencia y soledad en que se encontraban los adultos mayores que carecían de toda protección tanto familiar como por parte del Estado.

Universo y Muestra

En el Hogar Cristo Rey de la ciudad de Cuenca se encuentra conformado por 125 adultos mayores teniendo una mayor prevalencia de mujeres que hombres.

La estructura del centro está conformada por tres pabellones: uno de varones, otro de mujeres y el último por el pabellón de enfermería, donde se encuentran adultas mayores dependientes en su totalidad.

Para nuestro estudio investigativo se tomó una muestra de 12 Adultos Mayores, de ambos sexos, con un rango de edad comprendido entre los 65 y 80 años que mínimo sabían leer y escribir y que además aceptaron participar del proceso psicoterapéutico mediante un consentimiento informado.

La tesis fue de carácter cuantitativo por lo que se manejó datos numéricos específicos; además en esta investigación la recolección de datos se dio en dos momentos temporales en la misma muestra, por lo que se trató de un estudio de alcance longitudinal (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

5.3. Fases del Proceso:

5.3.1. Evaluación

En la selección de pacientes se tomó en consideración lo siguiente:

Criterios de inclusión:

- Los sujetos debieron haber cumplido 65 años o más.
- Presentaban una capacidad cognitiva conservada de acuerdo a las evaluaciones del Departamento Psicológico de la Institución.
- Sujetos que fueron evaluados por el Departamento Psicológico de la Institución presentaban niveles de ansiedad significativos.
- Tuvieron un tiempo de permanencia de un año mínimo en la Institución.

Y los criterios de exclusión a seguir fueron:

- Sujetos menores a 65 años.
- Pacientes que presentaron un deterioro cognitivo significativo.
- Pacientes que no registraron niveles de ansiedad elevados.
- Aquellos pacientes que presentaron patologías psiquiátricas: Trastornos del Estado del ánimo y Trastornos Psicóticos.

Una vez realizada la selección de los participantes se informó a los mismos sobre la naturaleza de la Investigación, invitándolos a participar de ésta y procediendo a la firma del consentimiento informado.

Luego se procedió a la toma de datos de identificación de cada participante.

Se procedió a la aplicación de la Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte a los sujetos.

5.3.2. Instrumentos

El Consentimiento Informado que se elaboró fue tomado como referencia de los parámetros indicados por el Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades del Centro de Estudios de Ética Aplicada de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile, también se basó en los parámetros del Comité de Evaluación Ética de la Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Y la ficha de Datos de Identificación de los pacientes fue tomada como referencia de la Tesis Doctoral de Ansiedad Ante la Muerte en el Sujeto Anciano del Departamento de Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Murcia.

El instrumento que fue empleado para la evaluación de la Ansiedad ante la Muerte en los pacientes es el de la Escala Revisada de Ansiedad Ante la Muerte, que en su versión norteamericana fue creada por Thorson y Powell en 1988; la misma que inicialmente fue constituida por 34 ítems de verdadero o falso. Posteriormente se validó la Escala al castellano. Actualmente el instrumento consta de 25 ítems y ha pasado por todas las pruebas de confiabilidad (Olivera, Ruiz y Balcazar, 2007).

La EAMR es una escala con 25 afirmaciones, 17 enunciadas de manera positiva y 8 enunciadas de manera negativa. Se les pide a los sujetos que contesten si están de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones en un formato tipo Likert de cinco puntos: los ítems se puntúan dando un 0 al de menor Ansiedad y un 4 al de mayor Ansiedad; las respuestas de los ítems enunciados de forma negativa se invierten en el proceso de puntuación.

Así, el rango de puntuación posible para un sujeto va de 0 la más baja hasta 100 la más alta.

Puntúese simplemente los siguientes valores en las respuestas indicadas en los ítems enunciados de forma positiva (números: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22 y 24) totalmente de acuerdo = 4, de acuerdo =3, neutral =2; en desacuerdo =1, totalmente en desacuerdo = 0.

Y puntúese los siguientes valores para los ítems que están enunciados en forma negativa (números: 4, 10, 11, 13, 17, 21, 23 y 25) totalmente de acuerdo = 0, de acuerdo = 1, neutral = 2, en desacuerdo = 3, totalmente en desacuerdo = 4. Cuéntese cualquier ítem en blanco como neutral (puntuación 2).

Luego se suman las puntuaciones asignadas a los ítems para conseguir la puntuación total del sujeto.

Esta Escala mide 4 factores que son:

- 1.-Miedo asociados a la muerte o dejar de existir.
- 2.-El dolor asociado a la muerte.
- 3.-Preocupaciones sobre lo que sucede después de la muerte

4.-Descomposición del cuerpo.

5.3.3. Ejecución y Aplicación de Técnicas:

a. Objetivos:

Objetivo General

- Mejorar el manejo de ansiedad ante la muerte en los Adultos Mayores.

Objetivos Específicos

- Brindar a los pacientes información acerca de la ansiedad ante la muerte.
- Identificar, analizar y modificar las distorsiones cognitivas que los pacientes presentan acerca de la muerte.
- Atenuar los miedos existentes en los pacientes con respeto a la muerte.
- Dirigir la atención de los pacientes hacia actividades placenteras o de su interés.
- Enseñar al cuerpo a diferenciar los estados de tensión y relajación.
- Producir mejoras significativas.
- Mostrar a los pacientes una concepción distinta acerca de la muerte y de vejez.
- Mejorar el estado físico y emocional de los pacientes.
- Desarrollar estrategias para controlar pensamientos intrusos.

b. Sesiones

Se trabajó en diez sesiones terapéuticas con los pacientes.

c. Duración

El proceso terapéutico tuvo una duración de dos meses. Y el tiempo empleado para cada sesión dependió de la técnica a utilizar. Por lo general se manejaba entre 45 a 60 minutos.

d. Técnicas

1ª sesión: Apertura, contrato terapéutico, psicoeducación.

2ª sesión: Reestructuración cognitiva.

3ª sesión: Intención paradójica.

4ª sesión: Técnica de distracción.

5ª sesión: Técnica de relajación muscular progresiva.

6ª y 7ª sesión: Técnica de inundación.

Modificación del síntoma

8ª sesión: Técnica de cine.

9ª sesión: Biodanza.

10ª sesión: Mindfulness y cierre.

Prevención de recaídas con
enfoque existencial

La primera sesión buscará cohesionar, motivar y comprometer al grupo a la continuación del proceso terapéutico. En este sentido el contrato terapéutico y las explicaciones que proporcione el terapeuta serán de relevancia.

Desde la segunda a la séptima sesión, el dispositivo se orientará al manejo del síntoma, utilizando técnicas de alta eficacia en el manejo de la ansiedad.

En la octava sesión, hasta la décima, se procurará brindar un enfoque existencial, vivencial, capaz de brindar un sentido diferente a la vida en general, sin un enfoque específico a la ansiedad. Con esto se pretende obtener niveles de motivación vital suficientes para prevenir futuras recaídas.

INFORME

Sesión: 1

Fecha: 1 de Julio de 2014

Objetivos: .- Brindar a los pacientes información acerca de la ansiedad ante la muerte.
.- Proporcionar a los pacientes técnicas rápidas y simples para el manejo de la ansiedad ante la muerte.

Duración: 60 minutos

Actividad o Aplicación Técnica:

Psicoeducación.

Síntesis o Desarrollo de la sesión:

Antes de dar paso al comienzo de la primera sesión se establecieron reglas con los participantes del grupo:

- 1.- Llegar a tiempo.
- 2.-Asistir dos veces a la semana a terapia grupal.
- 3.-Mantener una actitud positiva.
- 4.-Llevar a cabo lo aprendido en terapia.
- 5.-Lo que se comparte en terapia es confidencial.
- 6.-Expresar lo que siente.
- 7.-Participar en las sesiones.

Luego se reunió a los participantes en la sal de terapia y se les brindó psicoeducación acerca de la ansiedad ante la muerte, conceptos, síntomas, causas y técnicas de manejo rápido mediante el empleo de un proyector de multimedia.

Observaciones Generales:

Estuvieron presentes todos los participantes, escuchando atentamente a la profesional abordar del tema de la ansiedad ante la muerte.

No hubo preguntas por parte de los participantes acerca de la temática abordada.

Antes de empezar el abordaje psicoterapéutico se establecieron las siguientes reglas con los participantes del grupo:

1. Llegar a tiempo a las sesiones terapéuticas.
2. Asistir dos veces a la semana a terapia grupal, adquirir un compromiso consigo mismo y con los compañeros /as.
3. Mantener una actitud positiva.
4. Hacer lo aprendido en terapia, si no se practica lo que se enseña en cada sesión, entonces, quizá nunca sabrá si las técnicas pudieron o no ayudar en el manejo de la ansiedad.
5. Lo que se comparte en cada sesión es confidencial.
6. Tratar de ser lo más honesto/a posible, expresar lo que siente.
7. Participar de las sesiones.

A continuación detallamos la aplicación del dispositivo, el cual fue planificado en el apartado “Plan de intervención”.

5.4. Psicoeducación.

En la primera sesión se reunió al grupo de participantes en la sala de terapia y se les brindó psicoeducación sobre la ansiedad ante la muerte mediante el empleo de un proyector de multimedia, además desde esta perspectiva se pretendió una mejora en los pacientes tanto a nivel personal, familiar y social.

Y por último prevenir el desarrollo de problemas emocionales significativos.

La temática se abordó de la siguiente manera:

La ansiedad es una sensación normal que experimentamos las personas alguna vez en momentos de peligro o preocupación.

Cuando una persona se encuentra ansiosa frecuentemente sin que haya razón para ello se convierte en un problema que conlleva a sensaciones desagradables.

Cuando la ansiedad es una reacción normal el objetivo no es tratar de desaparecerla sino aprender a controlarla y a reducirla a niveles manejables y más adaptativos.

La muerte es algo que nadie puede escapar. Se considera a la muerte como el cese de todas las funciones.

Los síntomas más comunes que presenta la persona con Ansiedad son:

- Tensión en el cuello, hombros y espalda.
- Dificultad para respirar, visión nublada y sofoco.
- Opresión en el pecho.
- Sensación de nudo en el estómago.
- Sudoración, temblor.
- Hormigueo en las manos.
- Inestabilidad.

Algunas personas suelen comer, fumar o beber en exceso cuando siente ansiedad. Evitan situaciones que les provocan ansiedad, cuanto más se evita la situación desagradable más fuerte se hace ésta y más débil se encuentra ante ella la persona, ya que va perdiendo confianza en sí misma.

Las causas de ansiedad pueden ser las siguientes:

- Algunas personas tienden a reaccionar exageradamente ante las dificultades.
- Otras se vuelven ansiosas como consecuencia de un acontecimiento desagradable.

- La aparición de un problema o la acumulación de pequeños problemas causa ansiedad.

Los síntomas se mantienen cuando la persona ha adquirido el hábito de preocuparse, de esperar siempre dificultades y de evitar situaciones difíciles. Físicamente el cuerpo se ha habituado a estar tenso y a reaccionar con ansiedad en todo tipo de situaciones que se le presente a las personas.

La ansiedad puede conllevar a:

- Sentimientos de infelicidad.
- Depresión.
- Irritabilidad.
- Alteraciones del sueño.
- Consumo de sustancias.

Las técnicas de manejo rápido de la ansiedad ante la muerte son las siguientes:

- Conversar con una persona de confianza sobre miedos o sobre las cosas que pasan.
- Hacer ejercicio físico (pasear, caminar, nadar).
- Dedicar tiempo para sí mismo (tomar un baño agradable, visitar a una persona amiga/o, tomar algo con alguien conocido).
- Diseñar objetivos realistas.
- Decidir que cosas hay que hacer necesariamente y qué cosas se pueden aplazar para otra ocasión.

INFORME

Sesión: 2

Fecha: 3 de Julio de 2014

Objetivos: Identificar, analizar y modificar las distorsiones cognitivas que los pacientes presentan acerca de la muerte.

Duración: 60 minutos

Actividad o Aplicación Técnica:

Reestructuración Cognitiva.

Síntesis o Desarrollo de la Sesión:

Esta técnica fue aplicada grupalmente, para hacer frente a la ansiedad y controlar su incidencia fue importante que los pacientes aprendan a identificar lo que pensaban cuando se hallaban frente a situaciones problemáticas y además cómo manejar esas ideas distorsionadas.

Para introducir al tema se planteó la pregunta:

¿Qué piensan sobre la muerte?

Se identificaron los pensamientos automáticos relacionados con la muerte.

Luego frente a los pensamientos expuestos anteriormente se estableció el cuestionamiento de dichos pensamientos.

Y por último se buscó alternativas más adaptativas de interpretar las situaciones problemáticas.

Observaciones Generales

En esta sesión solo asistieron 10 pacientes, 2 faltaron debido a que tenían que ayudar en la cocina.

Se llevó sin novedad alguna la terapia ya que los pacientes fueron muy participativos y ese enriqueció el proceso como tal.

5.5. Reestructuración Cognitiva

Esta técnica fue aplicada grupalmente en la segunda sesión. Se pretendió modificar los pensamientos distorsionados que presentaban los pacientes acerca de la muerte, puesto que la forma en cómo pensaban incidían directamente en su estado emocional y por ende en su conducta.

Para poder hacer frente a la ansiedad y controlar su incidencia fue importante que aprendan a identificar lo que pensaban cuando se hallaban frente a situaciones problemáticas y cómo manejar esas ideas distorsionadas.

Para introducir el tema se planteó la pregunta: *¿Que piensan sobre la Muerte?*

Se identificaron los siguientes pensamientos automáticos relacionados con la muerte:

Paciente X: “Me he portado mal con mi familia si muero he de ir al infierno, tengo miedo de morir”.

Paciente X: “Siento a la Muerte tan cerca, ya me he de morir pronto”.

Pacientes X: “Veo ataúdes de los otros compañeros que han muerto y siento que voy a ser el siguiente en irme”.

Paciente X: “Tengo miedo de dormir y levantarme muerto”.

Paciente X: “La muerte es un proceso por el que todos algún día pasaremos”.

Paciente X: “Ya estoy viejo ya me he de morir algún rato”.

Paciente X: “Me estoy quedando vieja ya mi familia no me viene a visitar ya me he de morir”.

Paciente X: “Estoy enfermo y viejo ya me ha de llevar la muerte”.

Paciente X: “Con la muerte podré descansar al fin”.

Paciente X: “A nadie le importo mi familia ya no viene a visitarme seguidamente ojalá ya pueda algún día descansar en paz para siempre”.

Paciente X: “No tengo familia a nadie le importo ojalá ya me muera”.

Paciente X: “Tengo miedo a la muerte porque no sé qué habrá más allá”

Frente a los pensamientos antes expuestos se estableció el cuestionamiento de la siguiente forma:

¿Qué pruebas tiene de que sea verdad este pensamiento acerca de la muerte?

¿Son realmente favorables estos pensamientos?

¿Hay otras interpretaciones alternativas acerca de lo que pienso?

¿Cuál es la probabilidad real de que las cosas sean como pienso?

¿Me ayuda esta forma de pensar a sentirme bien?

¿Sí las cosas fuesen así ¿qué podría hacer al respecto?

¿Qué podría hacer frente a la situación de envejecer?

¿Me ayuda este pensamiento a solucionar mis problemas?

¿Hay otra explicación alternativa para que su familia no venga a visitarle?

¿Será realmente que a nadie el importa?

El último paso del procedimiento fue buscar alternativas más adaptativas de interpretar la situación. Es importante considerar que no se trata de engañarse, sino de ver las cosas de la forma más realista posible para afrontarlas adecuadamente.

Se les abordó a los pacientes mediante las siguientes preguntas:

¿Es la única manera posible de identificar la realidad?

¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarla que darle vueltas al mismo tema de la muerte una y otra vez?

¿Si otra persona tuviera ese pensamiento que le diría usted para ayudarle a afrontar esa situación?

¿Qué podría decirle a una persona que está en una situación parecida a la suya?

INFORME

Sesión: 3

Fecha: 8 de Julio de 2014.

Objetivos: .-Atenuar los miedos existentes en los pacientes con respecto a la muerte.
.- Enseñar estrategias para el manejo de estados de ansiedad a los adultos mayores.

Duración: 45 minutos

Actividad o Aplicación Técnica:

Intención Paradójica: la hora de preocuparse.

Síntesis o Desarrollo de la Sesión:

Se abordó a los pacientes grupalmente dándoles la consigna de formar un círculo y tomarse unos 20 minutos de su tiempo para preocuparse sobre todo lo que les inquiete en ese instante, relacionado con la vejez, la soledad, la muerte, el abandono de la familia y otros.

Cumplido el tiempo se dejó de pensar en las preocupaciones que cada participante tenía y se procedió a abordar otro tema para detener las ideas preocupantes; se invitó a los pacientes a que compartan sus experiencias de la eucaristía de la mañana.

Observaciones Generales

Un paciente no participó de la terapia debido a que se encontraba indispuesto (enfermo) ese día.

Se pudo observar que la sesión fue de gran interés, pues la mayoría de pacientes hicieron sus aportaciones respectivamente.

5.6. Intención Paradójica: la hora de preocuparse

Esta técnica se dio en la tercera sesión. Se abordó a los participantes grupalmente, dándoles la consigna de formar un círculo y tomarse unos veinte minutos de su tiempo para preocuparse sobre todo lo que les inquiete en ese instante relacionado con la vejez, la soledad, la muerte, el abandono de su familia y de otros.

Una vez cumplidos los 20 minutos se dejó de pensar en las preocupaciones que cada participante tenía y se procedió a abordar otro tema para detener las ideas preocupantes, se les invitó a que compartan sus experiencias de la eucaristía de la mañana.

Ya por terminar la hora se les mandó una pequeña tarea a realizar hasta la próxima sesión. El terapeuta dio indicaciones a los pacientes para que traten de elegir con antelación una hora del día (por ejemplo, de 8 a 9 am o en la tarde). Una vez definida la hora se iban a preocupar de todo los temas que les angustien o que les atormenten relativos a la muerte, enfermedad, soledad, etc. Debían tener en consideración que si notaban que se preocupaban o pensaban en problemas en cualquier otro momento del día, se darían la instrucción mental “(su nombre) ahora no es el momento de preocuparse, esa es (hora establecida)”.

INFORME

Sesión: 4

Fecha: 10 de Julio de 2014.

Objetivos: .-Buscar que el paciente deje de enfocar su atención en una situación que percibe como amenazante o temida.

.-Dirigir la atención de los pacientes hacia actividades placenteras.

Duración: 45 minutos

Actividad o Aplicación Técnica:

Técnica de Distracción

Síntesis o Desarrollo de la Sesión

En la cuarta sesión se reunió a todos los participantes y se les entrenó en la terapia de distracción.

Se les pidió a los pacientes fijarse en un objeto de la habitación e irlo describiendo minuciosamente dando todos los detalles posibles como si hubiera que explicárselo a alguien que no esté viendo ese objeto.

Los pacientes dirigieron su mirada hacia una mesa que contenía una grabadora, ahí describieron con lujo de detalles las características de la mesa, el color, forma, tamaño, etc.

Observaciones Generales:

En esta sesión tres pacientes faltaron debido a que en ese momento estaban en revisión médica oftalmológica por parte del Ministerio de Salud Pública.

Con el resto de pacientes se trabajó normalmente.

5.7. Técnica de Distracción

En la cuarta sesión se reunió a todos los participantes y se les entrenó en la técnica de distracción.

Se les pidió fijarse en un objeto de la habitación e irlo describiendo minuciosamente dando todos los detalles posibles como si hubiera que explicárselo a alguien que no esté viendo ese objeto. Los pacientes dirigieron su mirada hacia una mesa que contenía una grabadora ahí describiendo con lujo de detalles las características de la mesa, el color, forma, tamaño. Luego de ello se les pidió describir un estante de libros, el tamaño, forma, contextura y color.

Además también se les llevó un rato al jardín para que observen cuantas aves hay en el lugar y los colores que presentaban cada una de ellas.

Se les indicó que estas eran actividades útiles en la tarea de eliminar ideas que produzcan ansiedad.

Por último se les envió a los pacientes a casa la tarea de distraerse cada vez que reexperimenten ansiedad en actividades como:

-Juegos de mesa.

-Ver un paisaje.

-Contar series de números de tres en tres o decirse palabras de una categoría de cosas, animales, flores o ciudades.

INFORME

Sesión: 5

Fecha: 15 de Julio de 2014.

Objetivos: .-Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
.-Favorecer la práctica diaria de esta técnica.
.-Enseñar al cuerpo a diferenciar los estados de tensión y relajación.

Duración: 60 minutos.

Actividad o Aplicación Técnica:

Técnica de Relajación Muscular Progresiva.

Síntesis o Desarrollo de la Sesión

Se invitó a los pacientes a sentarse en las respectivas sillas formando un círculo. Se procedió a enseñar a los adultos mayores a tensionar los músculos para que aprendan a reconocer las sensaciones que experimentan cuando se encuentran tensos.

Se les pidió que estiren sus brazos hacia el frente con los puños cerrados, apretándolos, tensionándolos y luego relajándolos. (2 veces)

Luego se les pidió levantar las piernas, estirarlas, tirando de las puntas de los dedos de los pies hacia el cuerpo, tensionando y relajando (2 veces) y así sucesivamente se realizó con los brazos, hombros y rostro, etc.

Observaciones Generales

Se trabajó de manera regular con todos los pacientes.

Hubo mucha aceptación de esta técnica por parte de los participantes, algunos de ellos cayeron en un sueño profundo que al principio fue un poco complicado sacarlos de ello pero posteriormente lograron incorporarse nuevamente al espacio de trabajo.

Los pacientes solicitaron que se repita esta técnica más adelante ya que fue reconfortante y agradable.

5.8. Técnica de Relajación Muscular Progresiva

En la quinta sesión se les invitó a los pacientes a sentarse en las respectivas sillas formando un círculo. Para esta técnica se adaptó la sala de terapia, se colocó una música suave de fondo, un incienso de lavanda para armonizar el ambiente y se procuró bajar la intensidad de la luz. Se animó a los participantes a estar sentados lo más cómodos posible.

Se procedió a enseñar a los pacientes a tensionar los músculos para que aprendan a reconocer las sensaciones que experimentan cuando se encuentren tensos.

Se les pidió que estiren sus brazos hacia el frente con los puños cerrados, apretándolos tensionándolos y luego relajándolos (dos veces).

Luego se les pidió levantar las piernas, estirlas, tirando de las puntas de los dedos de los pies hacia el cuerpo, tensionando y relajando (dos veces).

A continuación se les dio instrucciones de despegarse del respaldo de la silla, levantando los brazos y hombros y haciendo como si quisieran que los codos se juntasen por detrás de la espalda tensionando y relajando (dos veces).

Levantaron un poco los hombros e hicieron como si quisieran juntarlos por delante, haciendo fuerza en el pecho, tensionando y relajando (dos veces), metiendo el estómago luego sacándolo hacia fuera, ahora tensionando los glúteos estirando la espalda hacia arriba como si quisieran levantar de la silla.

A continuación arruguen todo lo que puedan la cara, frente, ojos, nariz y boca.

Apretaron la cabeza hacia delante presionando la barbilla contra el pecho luego enviándola hacia atrás.

INFORME

Sesión: 6 y 7

Fecha: 17 y 22 de Julio de 2014.

Objetivos: .- Extinguir la respuesta ansiosa asociada al estímulo.

.- Reducir la ansiedad de manera rápida.

.- Producir mejoras significativas

Duración 6ta sesión: 60 minutos.

Duración 7ma sesión: 45 minutos.

Actividad o Aplicación Técnica

Técnica de Inundación (Imaginería)

Síntesis o Desarrollo de la Sesión

Esta técnica de Inundación fue aplicada en 2 sesiones (sexta y séptima).

En la sexta sesión se reunió a los pacientes en la sala de terapia formando un círculo y se procedió a dar lectura a un texto narrativo. Se leyó la narración por un lapso de tiempo de 5 minutos empleando gran contenido emocional.

Luego se volvió a repetir la misma lectura por 3 veces más, observando las manifestaciones emocionales que presentan los pacientes en cada una de las narraciones.

Y en la séptima sesión se reunió al grupo de adultos mayores en un círculo y se procedió a mostrarles imágenes de revistas y periódicos que contenían temas relacionados con la muerte como ataúdes, cementerios, velorios y partes mortuorios.

Una vez terminada la sesión se les preguntó a los pacientes si les fue simple o complicado el mirar los instrumentos utilizados en el manejo de la ansiedad ante la muerte.

Observaciones Generales

Todos los pacientes estuvieron presentes en la sesión.

Se pudo observar que hubo dificultad en la mayoría de participantes cuando se leyó el texto narrativo y cuando se les presentó las revistas y periódicos que contenían temas relacionados a la muerte, dos pacientes se pusieron a llorar manifestando que temían mucho morir lejos de su familia.

Se brindó en ese momento apoyo junto con el resto de participantes.

5.9. Técnica de Inundación (Imaginería).

La técnica de inundación fue aplicada en dos sesiones (sexta y séptima).

En la sexta sesión se les reunió a los pacientes en la sala de terapia, formando un círculo y se procedió a dar lectura al siguiente texto narrativo:

Cuando estoy cerca de alguien que está muriendo el olor es tan fuerte que no lo puedo soportar, siento miedo e incertidumbre, lo primero que se me viene a la mente es que la muerte está muy cerca de mí.

Voy notando lentamente que el olor en la habitación se respira a muerto, tengo mucho miedo por lo que pasará, aún antes de estar muerto ya estoy oliendo a muerto.

Cuando estoy en su casa, en su cama, me impresiona menos porque no tiene aparatos ni otras cosas colocadas en el cuerpo. Sólo su mirada perdida no deja de observarme un solo instante.

Pero está ingresad@ en un lugar pequeño de aspecto sombrío, estoy entrando en su habitación y veo que cada minuto que pasa su vida se consume como una cerilla. Detrás de ella está su espos@ y un sacerdote orando juntos.

Me estoy poniendo nervios@ muy inquiet@ y comienzo a sudar, tengo miedo de morir, de dejar de existir.

Le veo a ella/el postrad@ en la cama, su aspecto se ve encogid@, arrugad@, pálid@, da sensación de frío, de estar apagándose.

Me da muchísima tristeza al verla, a la vez siento una fuerza interna que me lleva a rebelarme contra lo que estoy viviendo.

Siento angustia por ella/el, cada minuto que avanza se aleja cada vez más de esta vida, pero le observo aparentemente tranquil@ o quizá aún, resignad@, veo su mirada fija en la mía ¿que me querrá decir? (Autora: Diana Campos)

Se leyó la narración por un lapso de tiempo de 5 minutos empleando gran contenido emocional, luego de ello se volvió a repetir la lectura por tres veces más observando las manifestaciones emocionales que presentan los pacientes en cada una de las narraciones.

En la séptima sesión se reunió al grupo de adultos mayores en un círculo y se procedió a mostrarles imágenes de revistas y periódicos que contenían temas relacionados con la muerte como ataúdes, cementerios, velorios y partes mortuorios.

La primera imagen contenía un ataúd. Se invitó a los participantes a que observen la imagen de 2 a 3 minutos, mientras iban observando la escena se les dio instrucciones de respirar lentamente. Después se les mostró otra imagen cuyo contenido hacía referencia a un cementerio, se les expuso de 2 a 4 minutos y se les iba dando instrucciones para que repitan las frases: “Puedo Controlarme”, “Todo está bien”.

Una tercera revista contenía temas relacionados a velatorios, se les expuso a los pacientes por un lapso de 2 a 6 minutos y se les iba acompañando de autoinstrucciones tales como: “Voy a tranquilizarme, “No hay nada que temer”.

Por último se mostró a los pacientes un periódico en cuyas páginas se hallaban partes mortuorios. Se les pidió fijar la atención por 6 minutos acompañándoles con respiraciones y con auto instrucciones como: “puedo controlarme”, “soy capaz de afrontar mis miedos”.

Una vez terminada la sesión se les preguntó a los pacientes si les fue fácil o complicado el mirar los instrumentos utilizados en el manejo de la ansiedad ante la muerte.

INFORME

Sesión: 8

Fecha: 24 de Julio de 2014.

Objetivos: .-Mostrar a los pacientes una concepción distinta acerca de la muerte y de la vejez.
.-Generar cambios y promover un desarrollo más sano.

Duración: 1 hora 20 minutos

Actividad o Aplicación Técnica

Técnica de Cine

Síntesis o Desarrollo de la Sesión

Esta técnica se llevó a cabo en la octava sesión, se reunió a los pacientes en la sala de audiovisuales y se les presentó la película titulada “Mi Abuelo es un Sinvergüenza”.

Posterior a la presentación del filme se procedió a la discusión y explicación correspondiente con el fin de darle el sentido esperado.

Observaciones Generales:

Estuvieron presentes en la película todos los pacientes del geriátrico, ya que la Superiora de la Institución pidió que ellos también participen del film.

5.10. Técnica de Cine.

Esta técnica se llevó a cabo en la octava sesión. Se reunió a los sujetos en la sala de audiovisuales y se les presentó la película titulada “Mi abuelo es un sinvergüenza”. Este video tenía como objeto brindar a los participantes una concepción distinta acerca de la muerte y la vejez, dándole un matiz humorístico, invitando a vivir la vida con total plenitud, disfrutando lo que se tiene y sobre todo del hecho de saber que se está vivo.

Posterior a la presentación del filme, se procedió a la discusión y explicación correspondiente con el fin de darle el sentido esperado.

INFORME

Sesión: 9

Fecha: 29 de Julio de 2014

Objetivos: .-Mejorar el estado físico y emocional de los pacientes.
.-Disminuir niveles de ansiedad ante la muerte presentes en los participantes.
.-Favorecer la conexión con la vida en toda su plenitud en el aquí y en el ahora desenfocando las aprehensiones negativas relacionadas con al muerte futura.

Duración: 1hora 15 minutos.

Actividad o Aplicación Técnica

Biodanza

Síntesis o Desarrollo de la Sesión

Se llevó a efecto la técnica de Biodanza en la novena sesión, para lo cual se empleó una sala amplia, los pacientes estuvieron con ropa cómoda para la realización de los siguientes ejercicios:

- .-Ronda de Iniciación.
- .-Caminata.
- .-Ronda rítmica de 2
- .-Ronda de corazón a corazón.
- .-Danza para una persona ausente.
- .-Regazo afectivo.
- .-Ronda de celebración.

Una vez culminados los ejercicios los participantes se reunieron en un círculo para comentar acerca de sus experiencias de la técnica aplicada.

Observaciones Generales:

Todos los pacientes participaron de la sesión de Biodanza, a pesar que dos adultos mayores estaban en silla de ruedas no fue un obstáculo para ellos efectuar los ejercicios.

Cada uno de los pacientes compartió con todo el grupo su vivencia acerca de la técnica realizada.

Quedaron muy satisfechos con la terapia y pidieron que se repita en un espacio de campo donde haya contacto con al naturaleza.

5.11. Biodanza

Se llevó a cabo la técnica de biodanza en la novena sesión, para lo cual se empleó una sala amplia, los pacientes estuvieron con ropa cómoda para la realización de los movimientos, a continuación se procedió a dar lugar a la terapia.

Los ejercicios realizados se detallan en la tabla número 4.

Tabla N° 4: Ejercicios de Biodanza

EJERCICIOS	INSTRUCCIONES	MÚSICA
1.-Roda de Iniciación	Formamos un círculo con todos los participantes tomados de las manos.	Starting over, John Lennon.
2. Caminata	Después se sueltan de las manos y caminan por toda la sala desplazándose de un lado a otro.	Hello Dolly, Traditional Jazz Band.
3.Danza Rítmica de 2.	Cuando el facilitador les dé la orden los participantes formen un grupo de dos personas, luego se toman de las manos y con los ojos cerrados permanecen en el sitio en contacto siempre con la música.	Poco Allegreto from Symphony.
4.-Ronda de Corazón a Corazón.	Ahora colocan su mano en el pecho de un compañero y sienten su corazón latir, permanezcan ahí con los ojos cerrados y en contacto con el otro.	Evening talls, Enya.
	Ahora regresan a su posición y permanezcan en el sitio en contacto con la música. Les invito tomar asiento en sus puestos y darse un abrazo a sí mismo permaneciendo en esa posición.	Blue Lotos. Eric Berglund.
5.-Danza para una Persona Ausente.	A continuación la persona en su propio espacio va a danzar para una persona que haya muerto y que haya sido significativo para él o ella.	Melodía Sentimental Villa – Lobos.
6.-Regazo Afectivo	Luego de ello regresan a su posición normal y Permanecen con sus ojos cerrados.	Claire de lune, Debussy.
7.-Ronda de Celebración	Para finalizar, los participantes se toman de las manos y forman un círculo y se les invita a cantar una canción	Gracias a la Vida de Mercedes Sosa.

Autora: Diana Campos

INFORME

Sesión: 10

Fecha: 31 de Julio de 2014.

Objetivos: .- Entrenar a los pacientes en la habilidad de enfocar la conciencia en un determinado elemento.
.- Desarrollar estrategias para controlar pensamientos intrusos.

Duración: 30 minutos.

Actividad o Aplicación Técnica

Mindfulness

Síntesis o Desarrollo de la Sesión

Los participantes formaron un círculo y se les dio la consigna de mirar fijamente unas postales.

Se les instó a notar una mayor sensación de estar presentes en el aquí y en el ahora. Los participantes trataron de ser conscientes del momento de su realidad, pudieron observar como sus mentes liberaban rápidamente a aquellos pensamientos del pasado o del futuro que pudieran surgir en ese momento, se les advirtió que si venía cualquier pensamiento a sus mentes en ese instante no luchan contra él; simplemente que lo dejen ir.

Los adultos mayores sintieron la diferencia de haber estado presente, de forma consciente.

Observaciones Generales

Se llevó a cabo la sesión de Mindfulness sin novedad alguna.

Todos los pacientes participaron de la terapia.

5.12. Mindfulness

Esta técnica se llevó a cabo en la décima sesión.

Los pacientes formaron un círculo y se les dio la consigna de mirar fijamente unas postales. Se les instó a notar una mayor sensación de estar presentes en el aquí y ahora. Los participantes trataron de ser conscientes del momento, de su realidad, pudieron observar como sus mentes liberaban rápidamente a aquellos pensamientos del pasado o del futuro que pudieron surgir en ese momento; se les advirtió que si venía cualquier pensamiento a sus mentes en ese instante no luchan contra él, simplemente que los dejen ir. Los adultos mayores sintieron la diferencia de haber estado presente, de una forma muy consciente.

INFORME FINAL

Una vez concluida las sesiones se procedió al cierre del proceso psicoterapéutico.

Se preguntó a los pacientes cómo les había parecido el trabajo terapéutico efectuado durante esos dos meses; algunos de ellos compartieron que el proceso fue enriquecedor y de gran ayuda, en cambio otros expresaron que les fue difícil entrar en contacto con algunas técnicas debido a la complejidad de trabajar en un tema relacionado a la muerte.

Luego de que algunos pacientes compartieron sus vivencias y experiencias del proceso, se animó a los participantes a cantar y compartir una adivinanza o frase motivadora al grupo.

A continuación se procedió de manera individual a la reevaluación de los pacientes con la Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte.

Una vez obtenidos los resultados se llegó a la siguiente conclusión:

Todos los niveles de ansiedad se redujeron significativamente. El resultado de ansiedad general se redujo 65.75%, los miedos asociados a la muerte o dejar de existir obtuvieron 77.03% menos, el temor al dolor asociado a la muerte mostró un descenso de un 52.62%, las preocupaciones sobre lo que sucede después de la muerte y la descomposición del cuerpo un 69.54% menos, y la asociación de preocupaciones sobre el control, el dolor y la vida después de la muerte descendieron un 49.56%.

Los objetivos que fueron planteados para la propuesta psicoterapéutica fueron los siguientes:

-Objetivo general: mejorar el manejo de ansiedad ante en la muerte en los adultos mayores.

-Objetivos específicos:

- 1-Brindar a los pacientes información acerca de la ansiedad ante la muerte.
- 2-Identificar, analizar y modificar las distorsiones cognitivas que los pacientes presentan acerca de la muerte.
- 3-Atenuar los miedos existentes en los pacientes con respecto a la muerte.
- 4-Dirigir la atención de los pacientes hacia actividades placenteras o de su interés.
- 5-Enseñar al cuerpo a diferenciar los estados de tensión y relajación.
- 6-Producir mejoras significativas.
- 7-Mostrar a los pacientes una concepción distinta acerca de la muerte y de la vejez.
- 8-Mejorar el estado físico y emocional de los pacientes.
- 9-Desarrollar estrategias para controlar pensamientos intrusos.

Para ello se efectuó la aplicación de técnicas tales como:

Técnicas cognitivas.-

Psicoeducación: ésta técnica se utilizó para cumplir el 1° objetivo terapéutico. Se brindó información al paciente sobre la ansiedad ante la muerte mediante el empleo de un proyector de multimedia para una mejor comprensión de la temática. (Se pudo observar que los pacientes mostraron interés en hacer preguntas acerca del tema tratado).

Reestructuración cognitiva: se utilizó para cumplir el 2° objetivo específico. Fue aplicada grupalmente para

hacer frente a la ansiedad y controlar su incidencia. Se les enseñó a los pacientes a identificar lo que pensaban cuando se hallaban frente a situaciones difíciles y a manejar esas ideas.

Técnicas conductuales.-

Intención paradójica: se empleó para cumplir el 3° objetivo específico. Se les dio la consigna a los pacientes de formar un círculo y tomarse unos 20 minutos de su tiempo para preocuparse de todo lo que les pueda inquietar en ese momento, relacionado a la vejez, soledad, muerte, abandono y otros.

Concluido el tiempo se invitó a los participantes a abordar temas incompatibles con la ansiedad para detener las ideas preocupantes. (Se observó más tranquilidad entre los pacientes y más apertura al grupo).

Técnicas de distracción: se utilizó para cumplir el 4° objetivo específico. Se pidió a los participantes fijarse en un objeto de la habitación e irlo describiendo minuciosamente dando todos los detalles posibles como si hubiera que explicárselo a alguien que no esté viéndolo, y así sucesivamente se fue trabajando con otros objetos existentes dentro de la sala de terapia y fuera. Se les indicó que esta actividad mental podían realizarla en momentos que quisieran contrarrestar ideas preocupantes. (se notó interés y curiosidad por parte de los pacientes hacia la técnica).

Técnica de relajación muscular progresiva: se empleó para cumplir el 5° objetivo específico. Se invitó a los participantes a formar un círculo y se procedió a enseñarles a tensionar los músculos para que aprendan a reconocer las sensaciones que experimentan cuando se encuentran tensos y así sucesivamente los fueron realizando con diferentes grupos musculares. (Los pacientes solicitaron que se repita esta técnica ya que consideraron que fue reconfortante y agradable).

Técnica de inundación; se empleó para cumplir el 6° objetivo específico. Esta técnica fue realizada en dos sesiones:

La primera se reunió a los pacientes en la sala de terapia formando un círculo y se procedió a dar lectura de un texto narrativo por un lapso de 5 minutos empleando gran contenido emocional ansiógeno.

Y en la segunda sesión se reunió al grupo de adultos mayores en un círculo, procediéndose a mostrarles imágenes de revistas y periódicos que contenían temas relacionados a la muerte como ataúdes, cementerios, velorios y partes mortuorios. Una vez terminadas las sesiones se procedió a preguntar a los pacientes si les fue fácil o complicado el mirar los instrumentos utilizados. (se pudo observar que los pacientes se mostraron afectados frente a la técnica aplicada).

Técnica de cine: se empleó para cumplir el 7° objetivo específico. Se reunió a los pacientes en la sala de audiovisuales y se les presentó la película titulada "Mi abuelo es un sinvergüenza". Posterior a la presentación del filme, se procedió a la discusión y explicación correspondiente con el fin de darle el sentido esperado. (Se observó muy entretenidos a los pacientes con la película, se reían constantemente, hubo buena aceptación por parte de ellos).

Técnica de biodanza: se utilizó para cumplir el 8° objetivo terapéutico. Se empleó una sala amplia y se procedió a la ejecución de los ejercicios, para lo cual los pacientes asistieron con ropa cómoda.

Una vez culminados los ejercicios los participantes se reunieron en un círculo para comentar acerca de sus experiencias frente a la técnica aplicada. (cada uno de los participantes compartió con todo el grupo su vivencia

e incluso pidieron que se repita la técnica).

Por último se aplicaron técnicas mindfulness: se utilizó el 9º objetivo específico. Los pacientes formaron un círculo y se les dio la consigna de mirar fijamente unas postales, se les instó a notar una mayor sensación de estar presentes en el aquí y en el ahora.

Se advirtió a los participantes que si venía en cualquier momento algún pensamiento, no lucharan contra él, simplemente que lo dejen ir. Los adultos mayores sintieron la diferencia de haber estado presentes de una forma muy consciente.

De esta manera podemos destacar que los objetivos específicos propuestos para el dispositivo terapéutico grupal fueron cumplidos en su totalidad, mediante la ejecución de las técnicas descritas anteriormente. En consecuencia, el objetivo general propuesto se considera logrado.

5.13. Análisis de Datos

Una vez recogidos los datos, éstos fueron tabulados en el software Office Excel 2003 para Windows. Posteriormente, fueron trasladados al programa IBM SPSS Statistics, versión 20. En ambos programas se llevaron a cabo los análisis del presente estudio.

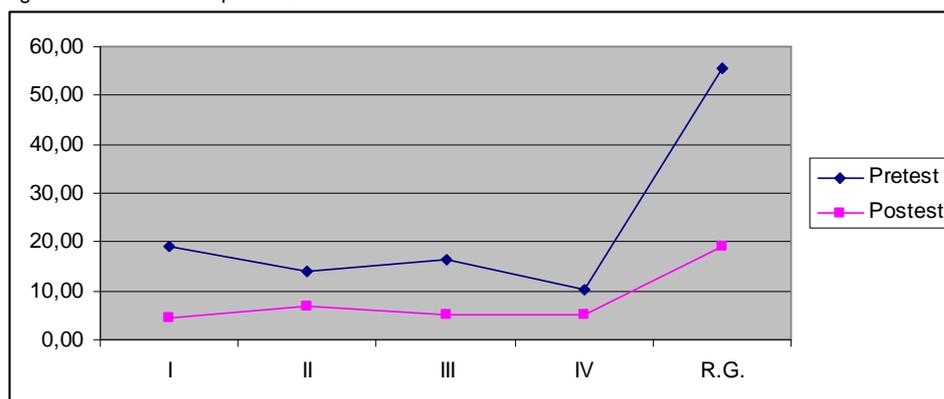
Inicialmente se llevó a cabo una caracterización de la muestra, identificando las principales características de las personas que conformaban los grupos.

A continuación, se desarrollaron análisis inferenciales para determinar la existencia de diferencias entre los grupos en relación a variables. En este sentido, se utilizó pruebas T de Student para muestras independientes y comparaciones simples de promedios.

5.14.- Resultados

Como primera medida, con el fin de verificar la existencia de diferencias entre el pre y postest, se calcularon y compararon los promedios de resultados arrojados por la prueba. En la figura N° 1 se aprecia que existe un claro descenso de los niveles de ansiedad ante la muerte, tanto en el resultado general (R.G.) como en los cuatro factores.

Figura N° 1 Gráfico de promedios



Autora: Diana Campos (Excel 2003)

Para analizar la significancia de las diferencias de ansiedad ante la muerte general se efectuó una prueba T de Student para muestras independientes.

En todos los casos en que se realizó esta prueba se manejó el nivel de significancia del 5% (0.05), común en los estudios estadísticos en ciencias sociales.

En la tabla N° 5 de estadísticos, podemos ver las diferencias en las medias del pretest (grupo A) y el postest (grupo B), de ansiedad ante la muerte general.

Tabla N° 5: Estadísticos de resultado general

	Grupo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
General	Grupo A	12	14,08	5,501	1,588
	Grupo B	12	6,67	4,677	1,350

Autora: Diana Campos (IBM SPSS 20)

Tal como lo indica la tabla N° 6 (significancia bilateral), las diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas ($p < .05$), por lo que es posible determinar que el

dispositivo terapéutico integrativo fue efectivo respecto del índice general de ansiedad ante la muerte.

Tabla N° 6: Prueba de muestras independientes de resultado general

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido General I varianzas iguales	,206	,654	3,558	22	,002	7,417	2,085	3,094	11,740
No se han asumido varianzas iguales			3,558	21,445	,002	7,417	2,085	3,087	11,746

Autora: Diana Campos (IBM SPSS 20)

En cuanto a los cuatro factores de ansiedad ante la muerte, se realizó igualmente, la prueba T de Student para muestras independientes, con el fin de determinar si las diferencias eran estadísticamente significativas.

En la tabla N° 7, podemos apreciar los valores estadísticos de los cuatro factores, corroborando que en todos ellos hubo un descenso numérico de las medias del postest (grupo B).

Tabla N° 7: Estadísticos de factores

	Grupo	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
Factor I	Grupo A	12	19,25	6,062	1,750
	Grupo B	12	4,42	3,147	,908
Factor II	Grupo A	12	14,08	5,501	1,588
	Grupo B	12	6,67	4,677	1,350
Factor III	Grupo A	12	16,42	7,064	2,039
	Grupo B	12	5,00	5,377	1,552
Factor IV	Grupo A	12	10,25	4,245	1,226
	Grupo B	12	5,17	3,689	1,065

Autora: Diana Campos (IBM SPSS 20)

Como se puede ver en la tabla N° 8 (significancia bilateral), todos los factores de ansiedad obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($p < .05$), por lo que se concluye la efectividad del dispositivo psicoterapéutico aplicado.

Tabla N° 8: Prueba de muestras independientes de factores

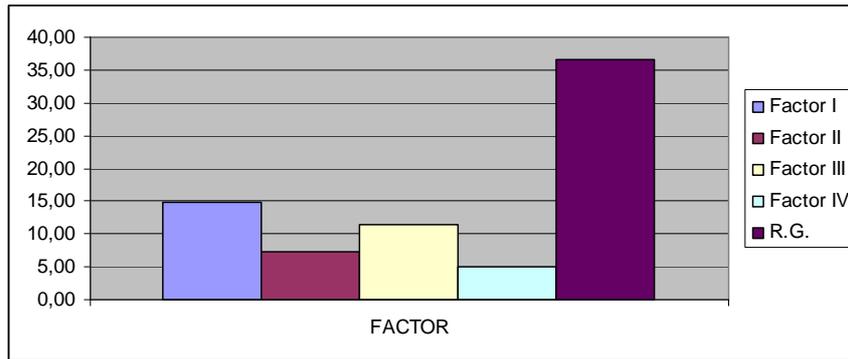
	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	
Factor I	1,140	,297	Se han asumido varianzas iguales	7,523	22	,000	14,833	1,972	10,744	18,922
			No se han asumido varianzas iguales	7,523	16,526	,000	14,833	1,972	10,664	19,002
Factor II	,206	,654	Se han asumido varianzas iguales	3,558	22	,002	7,417	2,085	3,094	11,740
			No se han asumido varianzas iguales	3,558	21,445	,002	7,417	2,085	3,087	11,746
Factor III	1,903	,182	Se han asumido varianzas iguales	4,455	22	,000	11,417	2,563	6,102	16,731
			No se han asumido varianzas iguales	4,455	20,542	,000	11,417	2,563	6,080	16,753
Factor IV	,657	,426	Se han asumido varianzas iguales	3,131	22	,005	5,083	1,623	1,716	8,450
			No se han asumido varianzas iguales	3,131	21,579	,005	5,083	1,623	1,713	8,454

Autora: Diana Campos (IBM SPSS 20)

Para determinar el grado en que se modificó cada variable de ansiedad ante la muerte, y así establecer las variables que se modificaron más o menos; se calcularon las diferencias de medias del pretest (grupo A) y postest (grupo B), tanto en el resultado general (tabla N° 5), como de los de cada factor (tabla N° 7).

En el siguiente gráfico (figura 2) se pueden observar las diferencias de promedios pre y postest de cada variable medida en el presente estudio.

Figura N°2: Diferencias de promedios



Autora: Diana Campos (Excel 2003)

La mayor diferencia entre promedios se dio en el resultado general de ansiedad ante la muerte (36,50), seguido del factor I (14,83), III (11,42), II (7,42) y por último el IV (5,08).

Este ordenamiento, de mayor a menor, sería el ordenamiento de efectividad del dispositivo terapéutico, teniendo en cuenta que inclusive en el de menor efectividad (factor IV), los resultados fueron significativos de acuerdo a los parámetros de investigación en ciencias sociales.

CONCLUSIONES GENERALES

Habiéndose realizado la presente investigación, se cumplen todos los objetivos específicos propuestos, lo que se expresa en los apartados “Plan de intervención”, “Procedimiento” y “Resultados”; por cuanto se midieron los niveles de ansiedad ante la muerte en adultos mayores, se elaboró un plan de tratamiento integrativo orientado a disminuir dichos niveles de ansiedad, se aplicó el dispositivo y se reevaluó a los sujetos.

Respecto de la pregunta investigativa *¿El modelo integrativo ayudará a disminuir significativamente los niveles de ansiedad ante la muerte en los adultos mayores?*, concluimos que los resultados posterior a la aplicación del dispositivo terapéutico, indicaron que los niveles de ansiedad disminuyeron significativamente tanto en el resultado general, en el que descendió un 65.75%, como en los cuatro factores específicos: miedos asociados a la muerte o dejar de existir, un 77.03%; preocupación por el dolor asociado a la muerte, un 52.62%; preocupaciones sobre lo que sucede después de la muerte y la descomposición del cuerpo un 69.54%; y la asociación de preocupaciones sobre el control, el dolor y la vida después de la muerte, que descendió un 49.56%. Por tanto el dispositivo psicoterapéutico integrativo resultó efectivo.

El dispositivo terapéutico fue menos efectivo respecto de los temores asociados al dolor que implica morir (factores II y IV), en lo que se presentaron descensos menores de los niveles de ansiedad, aunque de todas formas, estadísticamente fueron significativos. Este resultado puede asociarse a que dentro del plan de intervención no se abordó el tema del dolor que implica morir. En este sentido, para aumentar la efectividad del dispositivo aplicado, se recomienda implementar estrategias adicionales que se orienten específicamente sobre las ideas relacionadas con el dolor asociado a la muerte.

Por otra parte el dispositivo obtuvo los mayores índices de efectividad sobre los miedos asociados a dejar de existir, preocupaciones sobre lo que sucede después de la muerte y la descomposición del cuerpo, lo que se explica con el hecho de que estos temas fueron ampliamente abordados por el dispositivo. Lo anterior resulta especialmente relevante al considerar que los mencionados temas eran los que inicialmente puntuaban niveles de ansiedad más altos.

RECOMENDACIONES

Para investigaciones y aplicaciones posteriores de este dispositivo se recomienda fijar un punto de corte a las puntuaciones arrojadas por la escala, estableciendo un rango para determinar los niveles altos de ansiedad ante la muerte, y aplicar el procedimiento terapéutico solo a sujetos que presenten niveles elevados. De esta forma se podría especificar si el dispositivo terapéutico logra niveles significativos de efectividad en sujetos con ansiedad ante la muerte elevada o patológica.

Es importante mencionar que durante la aplicación de dispositivo terapéutico hubo algunas dificultades para la asistencia regular de los participantes, dada la fragilidad de salud de los mismos. En algunos casos fue necesario aplazar sesiones o trasladar a pacientes, y en algunos casos hubo inasistencias ocasionales. En este sentido, para evitar posibles sesgos provocados por las inasistencias, se recomienda trabajar con grupos de tamaño superior a la muestra. De esta forma podría establecerse un criterio de inclusión que especifique la asistencia mínima sin afectar el número de la muestra final.

Por último es importante destacar que la Escala de Ansiedad Ante la Muerte resulta ser un instrumento efectivo para la medición de la ansiedad ante la muerte en adultos mayores sometidos a un procedimiento psicoterapéutico, por cuanto arroja datos generales y específicos (factores) que contribuyen a determinar los temas en que el dispositivo es más o menos efectivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alemaný, C. (2011). *De la Psicoterapia Experiencial al Focusing: La Trayectoria de Eugene Gendlin*. Madrid, España. Desclée De Brouwer, Vol. 69.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA.
- Bados, A., & García, G. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Barcelona, Cataluña, España: UNE (Unión de Editoriales Universitarias Españolas).
- Balarezo. L. (2003). *Psicoterapia*. Quito, Ecuador. ISBN 9978770402.
- Balarezo. L. (2007). *Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería*. Quito, Ecuador. Centro de publicaciones PUCE.
- Balarezo. L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito, Ecuador. Ed. Unigraf. ISBN 9789942030016.
- Balcázar, P. G. (2011). *La ansiedad ante la muerte vista por los hombres y las mujeres*. Revista científica electrónica de Psicología ICSa-UAEH(12), 238-248.
- Brown, S., Chawla, N., & Marlatt, A. (2011). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness. Guía clínica*. (R. Álvarez, Trad.) Nueva York, USA: Desclée de Brouwer S.A.
- Caballo, V. (2008). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid, España.
- Cabrales Nevárez, J. (Noviembre de 2009). *La Intención Paradójica*. Durango, México.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*.
- Caro, C. (2007). *Entre Gendlin y Greenberg: persona y cambio vivencial en Psicoterapia Experiencial y de Proceso*. Alemania: Desclée de Brouwer S.A.
- Chávez, E. (2004). *Estrategias de afrontamiento a la ansiedad de evaluación y su relación con el desempeño académico en estudiantes universitarios incorporados a modelos educativos innovadores*. 1-77. Colima, México: Universidad de Colima.
- Clark, D., & Beck, A. (2010). *Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad*. (A. Jasone, Trad.) New York, USA: Desclée De Brouwer S.A.
- Colom, F. (2011). *Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria*. Colombiana de Psiquiatría, 40, 147-165.
- Díaz, D. (1 de Julio de 2012). *Tratamiento para tu ansiedad*. Recuperado el 23 de Marzo de 2014, de <http://www.tratamientoparatuaniedad.com/ansiedad-ante-la-muerte/>

- Fernández, B. (2013). *Arte, Cine y Psicoterapia*. Sevilla, España. ISBN 978846027637.
- Galas, F., Lupiani, M., González, J., Villaverde, M., & otros. (2002). *Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo*. Una revisión conceptual. En Cuaderno de medicina forense. XXX, 39-50. Sevilla, Andalucía, España: UNE.
- González, I. (2009). *Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving*. Revista de Toxicomanías(57), 12-17.
- Hernández, I., Soto, M., & Castro, I. (2010). *Envejecimiento normal y depresión clínica en el adulto mayor*. Santiago, Chile: Universidad Bolivariana.
- Hernández, Z. (2005). *La psicoterapia en la vejez*. Intercontinental de Psicología y Educación, VII(2), 79-100.
- Hernández, Z., Hernández, O., & Rodríguez, E. (2010). *El grupo de ayuda como alternativa para mejorar la calidad de vida del adulto mayor*. Psicología Iberoamericana, 18(2), 47-55.
- Iglesias, C. (2013). *Aspectos psicológicos ante la enfermedad y la muerte*. Oviedo, Asturias, España: UNE (Unión de Editoriales Universitarias Españolas).
- Kaplan, H. y Sandock, B. (1996). *Terapia de Grupo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Lara, K. R. (2010). *Ansiedad ante la muerte en adultos de población general y personal que trabaja en el sector salud*. Revista científica electrónica de Psicología ICSa-UAEH(8), 83-106.
- Limonero, J. (1994). *Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte*. Barcelona, Cataluña, España: UNE (Unión de Editoriales Universitarias Españolas).
- Limonero, J. (1996). *El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones*. Revista de Psicología General y Aplicada, IL(2), 249-265.
- López, M. S. (Agosto de 1995). *Biodanza En Tanatología y Manejo de Duelo* (Sistema Rolando Toro). Bogotá, Colombia.
- Márquez, E; Herencia, A. (2011) *Técnicas de Modificación de Conducta*. Granada, España. N° 60.
- Márquez-González, M. (2010). *Nuevas herramientas para la intervención psicológica con personas mayores: la tercera generación de terapias conductuales*. (F. d. Psicología, & U. A. Madrid, Edits.) Revista Española de geriatría y Gerontología, XLV(5), 247-249.

- Moyano, Mario (2014). *Material de psicoterapia de grupo uda*. Cuenca, Ecuador.
- Noriega. (2010). *Psicología del Adulto Mayor*. Lima, Perú. Edit. Mirbet. ISBN 9789972233517.
- Olivera, Ruiz, & Balcázar. (2007).
- Pérez, M. (2002). *Intervención Cognitivo Conductual en un Caso de Fobia Social y Trastorno de Angustia con Agorafobia*. Madrid, España. Vol 1. N|º 1115138.
- Pérez, R., & Velasco, J. (2011). *Actitud ante la muerte en ancianos que se encuentran en asilos del INAPAM*. México, D.F., México: Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia (AMECYD).
- Peterson. (2008).
- Reyes, C. (1998). Importancia de la religión en los ancianos. *Colombia Médica*(29), 155-157.
- Ruiz, J; Cano, J. (2002). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. España.
- Ruiz Lázaro, P. J. (Septiembre de 2013). *Atención y conciencia Plena (mindfulness). Familias, Pediatras y Adolescentes en la Red. Mejores padres, mejores hijos, VI*. Madrid, España. Obtenido de Familias, Pediatras y Adolescentes en la Red. Mejores padres, mejores hijos.
- Sabaté, N. (s/f). *Corriente cognitiva*. Londres, Inglaterra.
- San Martín, C. (2008). *La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor*. Facultad de Ciencias Sociales -UNLZ-, V(8), 103-120.
- Santamaría, L. (2008). *La muerte en el anciano*. Madrid, España: UNE (Unión de Editoriales Universitarias Españolas).
- Toro, R. (2005). *Biodanza*. Sao Paulo, Brasil. Edit. Olavobrás. ISBN 8588933020.
- Valdés, M. (1994). *Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales*. Sevilla, Andalucía, España: UNE (Unión de Editoriales Universitarias Españolas).
- Vallejo, M. Á. (2006). *Mindfulness*. Papeles del Psicólogo, XXVII(2), 92-99. España: UNED España.
- Villajos, L., Ballesteros, F., & Barba, M. (Julio de 2013). *Mindfulness en medicina*. XIV(2).
- Wolpe, J. (2011). *Práctica de la Terapia de Conducta*. Ed. 119777B.
- Yulis, S. (1974). *Terapia del comportamiento*. Revista Latinoamericana de Psicología, VI(3), 381-402.

ANEXOS



Anexo 1

Consentimiento Informado

Esta investigación en que se solicita su participación tiene por objetivo conocer la presencia de Niveles Altos de Ansiedad ante la Muerte y junto a ello el Abordaje Psicoterapéutico en Adultos Mayores que residen en el Hogar Geriátrico “Cristo Rey”. El propósito de este documento consiste en ofrecer información que le permita decidir su participación en forma libre y voluntaria en este estudio.

Este trabajo tendrá una duración aproximada de dos meses, con dos sesiones semanales y con una duración de 60 minutos. No tendrá ningún costo económico para usted. Consiste en proporcionar al examinador algunos datos personales y además responder una serie de preguntas dirigidas a observar si hay presencia de Síntomas ansiógenos frente a la Muerte.

No se consideran beneficios ni compensaciones directas de ningún tipo asociadas a su participación en este estudio; sin embargo significa un aporte para la investigación científica en psicología. Su participación no conlleva riesgos ni perjuicios de ninguna clase.

La información se tratará de manera Colectiva, sus respuestas serán codificadas y manejadas de manera anónima y con absoluta confidencialidad. Los datos recolectados serán almacenados en la oficina del Investigador Responsable, quien velará porque nadie ajeno a la investigación tenga acceso a sus respuestas. Los datos se ocuparán exclusivamente para fines asociados a la presente investigación.

Si usted decide no participar en este estudio comuníquelo a la persona que le está entregando el presente documento. Tal decisión no afectará en ningún sentido la atención que está recibiendo actualmente por la institución de salud (en caso de estar en tratamiento). Para ello no es preciso que entregue ninguna explicación. Tampoco ello acarreará para usted ninguna consecuencia negativa ni pérdida de derechos ya adquiridos. De igual manera usted tiene derecho a retractarse de participar en cualquier momento.

Usted tiene derecho a hacer todas las preguntas que le parezcan necesarias al Investigador Responsable respecto a las características de este estudio y su participación en él.

Yo.....identificado (a) con cédula de ciudadanía N°..... Certifico que he sido informado (a) con claridad y veracidad debida respecto a la investigación “Abordaje Psicoterapéutico Grupal de Ansiedad Ante la Muerte en el Adulto Mayor Institucionalizado desde el Modelo Integrativo”. De sus objetivos y procedimientos. Que actúo consciente, libre y voluntariamente como participante de la investigación contribuyendo a la fase de implementación de pruebas y recolección de información. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la implementación de una prueba cuando lo estime conveniente. Que se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

.....
Firma del Participante

.....
Firma del Investigador

Fecha:.....

Nombre y Apellidos del Investigador Responsable: Ps. C. Diana Campos P.
Teléfono y Correo Electrónico: 0999143812. sukkamps@hotmail.com

Anexo 2

BIOGRAFÍA PERSONAL

Datos Personales:

Fecha de Elaboración de la Ficha.....

Lugar y Fecha de Nacimiento.....

Edad..... Estado Civil.....

Residencia.....

Profesión (Ocupación).....

Religión.....

Fecha de Ingreso del Paciente.....

Escolaridad (Nivel Adquirido)

Estudio Primario

Secundaria

Superior

Familia Personal

Nº Hermanos..... Lugar que ocupa.....

Muerte de los Padres u otros Familiares (circunstancias, causas relación con la muerte)

.....

Familia: Casado (a) Nº de Hijos.....

¿Cómo es la relación con sus Hijos?

.....

¿A qué se dedicaba cuando estaba activo en su tiempo de ocio?

.....

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

¿A qué se dedica en la actualidad?

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

Enfermedades:

¿Ha padecido alguna enfermedad u operación importante?

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

¿Padece alguna Enfermedad actualmente?

.....
.....

¿Sigue algún tipo de Tratamiento Médico?

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

Anexo 3

ESCALA REVISADA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EAM-R

Código de sujeto: _____ Lugar de aplicación: _____

Fecha: _____

N°	ITEMS	R	FACTOR			
			I	II	III	IV
1.	Me asusta tener una muerte dolorosa.					
2.	Me preocupa no saber cómo será el otro mundo.					
3.	La idea de no volver a pensar después de morir me asusta.					
4.	No estoy nada ansioso respecto a lo que le ocurre al cuerpo después del entierro.					
5.	Los ataúdes me ponen nervioso.					
6.	Odio pensar en perder el control sobre mis cosas después de morir.					
7.	Me fastidia estar totalmente inmóvil después de la muerte.					
8.	Me aterra pensar en que me operen.					
9.	El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho.					
10.	No tengo miedo a una muerte larga y lenta.					
11.	No me preocupa la idea de que me encierren en un ataúd cuando muera.					
12.	Odio la idea de sentirme indefenso después de la muerte.					
13.	No me preocupa en absoluto si hay vida o no después de la muerte.					
14.	Me perturba la idea de no volver a sentir nada después de morir.					
15.	Me asusta el dolor que implica morir.					
16.	Espero una nueva vida cuando muera.					
17.	No me preocupa sentirme indefenso algún día.					
18.	Me angustia el pensamiento de que mi cuerpo se descomponga en la tumba.					
19.	Me trastorna pensar en todo lo que perderé después de morir.					
20.	Me preocupa saber qué nos pasa después de morir.					
21.	No me interesa en absoluto controlar las cosas.					
22.	Me asusta el aislamiento total de la muerte.					
23.	No estoy particularmente asustado por contraer cáncer.					
24.	Dejaré instrucciones cuidadosas sobre cómo se deberían hacer las cosas cuando me haya ido.					
25.	Lo que le ocurra a mi cuerpo después de muerto no me preocupa.					
TOTALES:						

Cuenca, 25 de Agosto de 2014.

A petición verbal de la parte interesada: La Suscrita Psicóloga Clínica de la Institución Hogar Cristo Rey.

CERTIFICA

Que la Psicóloga Clínica DIANA JANNETH CAMPOS PERALTA, con cédula de Identidad N° 0104821004 realizó su estudio de tesis titulada “Abordaje Psicoterapéutico Grupal para la Ansiedad Ante la Muerte en el Adulto Mayor Institucionalizado desde el Modelo Integrativo” con pacientes de esta institución, durante su asistencia realizó evaluaciones y sesiones terapéuticas grupales por un período de dos meses comprendido entre junio y agosto del presente año.

Es cuanto puedo informar en honor a la verdad:



Tamara Durazno
Psicóloga Clínica
Hogar Cristo Rey.

Tamara Durazno Sojos
PSICÓLOGA CLÍNICA
Reg. 1033 - 06 - 685566