



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

SEGUNDA PARTE: CONTRASTACIÓN EMPÍRICA



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

I. DISEÑO EXPERIMENTAL



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

I. 1. Introducción

Dados los datos anteriormente expuestos con respecto al envejecimiento de la población, a la inversión de esa pirámide, a la patología que se produce en esa edad, a la disminución en la calidad de vida, al entendimiento del ser humano como un todo creímos conveniente desarrollar en esta primera aproximación al tema un programa integral de promoción de salud, donde vayan interaccionando las distintas partes de este tratamiento a fin de conseguir una mejora global del individuo. Este pretende ser un programa de promoción de la salud en la vejez, en el sentido de que han sido incluidas en él estrategias de tratamiento que promueven de una forma global la salud, tales como el ejercicio físico moderado, el entrenamiento en relajación muscular y el entrenamiento en hábitos alimenticios adecuados, así como un reentrenamiento en habilidades cognitivas que le llevan al individuo a estar mejor. Asimismo, se han implementado estrategias para prevenir problemas de memoria, de adquirir recursos en el caso de que se produzcan caídas, de regular los hábitos intestinales, así como prevenir y tratar los problemas de insomnio tanto primario, secundario como terciario.

I. 2. Hipótesis.

I.2.1. Hipótesis principal.

Si se aplica un programa grupal de promoción para la salud en la vejez, entonces aumentará la calidad de vida del grupo.

I.2.2. Hipótesis secundarias.

Si el programa de tratamiento contiene un módulo de:

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

1.- Entrenamiento en el uso de ejercicio físico moderado entonces aumentará: 1) la movilidad articular, 2) la estabilidad corporal y la disminución en: 3.a) las quejas de dolor, 3.b) las caídas y 3.c) cantidad de analgésicos utilizados.

2.- Entrenamiento en relajación, entonces disminuirá la tensión muscular y, por consiguiente, la percepción de dolor.

3.- Entrenamiento en reestructuración cognitiva respecto a los problemas de la vejez, entonces las personas aumentarán la motivación para encontrarse mejor y disminuirán los prejuicios respecto de la vejez.

4.- Entrenamiento en estrategias de memoria y recuerdo, entonces disminuirán las quejas de memoria.

5.- Entrenamiento en el manejo del control de estímulos, asociado con la relajación, entonces disminuirán, las quejas de insomnio y la cantidad de hipnóticos o somníferos ingeridos.

Como consecuencia de todo ello, aumentará la autoestima.

I.3. Método

I.3.1. Contexto de la investigación

La investigación se ha llevado a cabo en el Club de la Tercera Edad del Puntal, y en el de Cobatillas. La primera es una pedanía Murciana situada a 4 Kms. de la capital, y la segunda a 10 Kms. En el año 1991, la población censal del Puntal era de 2.382 habitantes, que se distribuyen en 1.144 hombres (48 %) y 1.238 mujeres (52 %), siguiendo el mismo porcentaje que en todo el municipio murciano (48 % hombres y 52 % de mujeres).

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Es importante resaltar que a diferencia de otras capitales, en Murcia y referido al año 1991, la población experimenta un crecimiento neto de 1895 personas, lo que supone un 0,58 % en dicho año. La población se distribuye por edades de la siguiente manera.

En el Club del Puntal hay asociados 300 personas, de las cuales 142 son hombres (47,3%) y 158 mujeres (52,7%).

I.3.2. La muestra

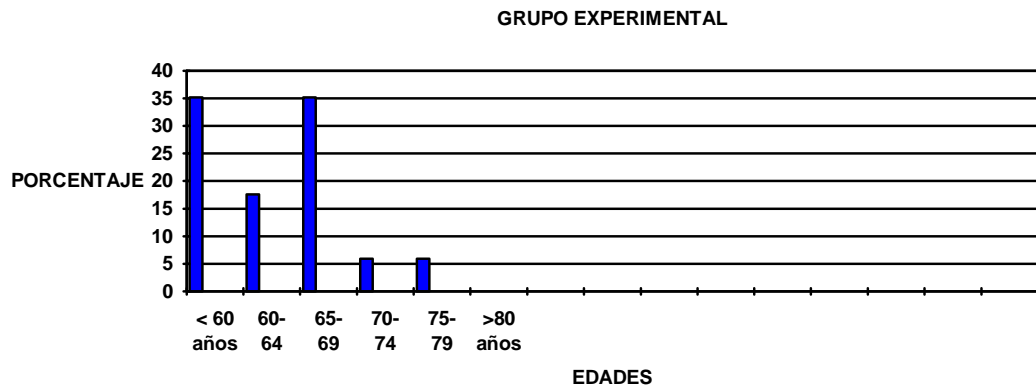
Todos los sujetos son socios del Club de la Tercera Edad. El grupo experimental pertenece al del Puntal. El número de sujetos es de 19 mujeres, con edades comprendidas entre los 53 y los 78 años, con una media de 63,52 y una desviación típica de 6,72. Han habido en el grupo 3 hombres, pero que no han sido considerados a efectos del estudio.. La presencia en este programa es totalmente voluntaria y está realizada en base a un ofrecimiento para participar en un grupo de promoción de salud. Ha habido una mortandad experimental en este grupo, de 2 sujetos durante el tratamiento.

EDAD GRUPO EXPERIMENTAL

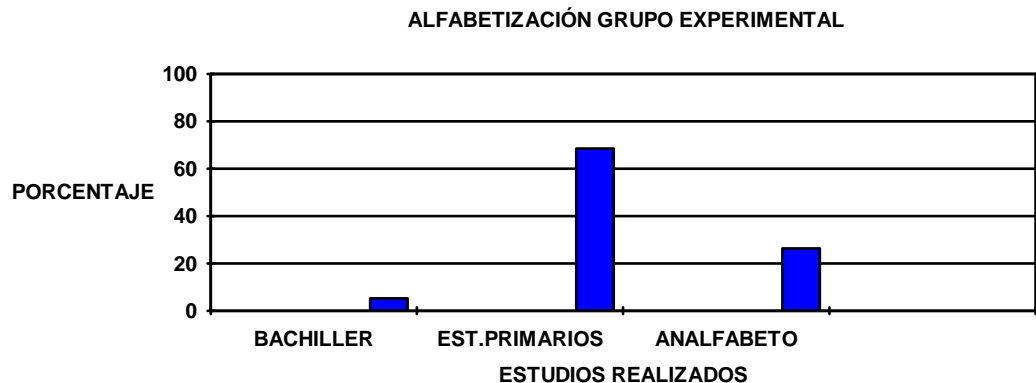
Menos de 60 años	35,2 %
60-64 años	17,6 %
65-69 años	35,2 %
70-74 años	5,9 %
75-79 años	5,9 %
Mas de 80 años	0,0 %



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD



De los sujetos del estudio 1, el 5,26% ha estudiado bachiller, 13 de entre ellos (68,5%), tienen un nivel de estudios primarios y el resto (26,3 %) es analfabeto



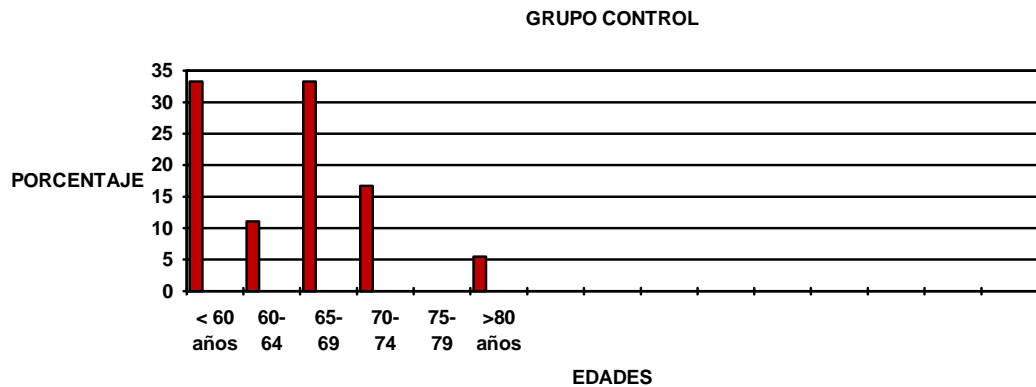
El grupo control está formado por 18 socios del Club de la Tercera Edad de Cobatillas. La población es de nivel socioeconómico y cultural equivalente a la del Puntal. Todos los sujetos son mujeres, con edades comprendidas entre los 52 y los 85 años, con una media de 64,4 y una desviación típica de 7,7. También han habido 5 hombres en el grupo y que no han sido considerados a efectos del estudio, así como dos mujeres menores de 50 que no pertenecían al Club y que tampoco lo han sido. La presencia en este grupo también ha sido totalmente voluntaria. No ha habido mortandad experimental.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

EDAD GRUPO CONTROL

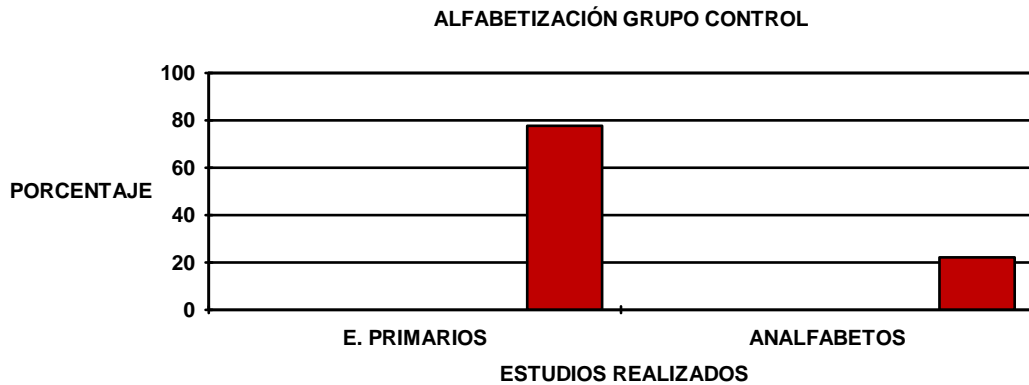
Menos de 60 años	33,3 %
60-64 años	11,1 %
65-69 años	33,3 %
70-74 años	16,7 %
75-79 años	0,0 %
Mas de 80	5,5 %



En el grupo control, 14 tienen estudios primarios (77,7%) y 4 son analfabetos (22,2%).



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD



Tanto los sujetos del grupo experimental como los del grupo control vivían en sus domicilios solos, con su pareja, o con algún familiar (hijos).

I.3.3. La evaluación

La evaluación va a ir dirigida a detectar problemas de salud haciendo hincapié fundamentalmente en las áreas donde se ha demostrado en estudios previos que puede haber una mayor incidencia. Así se evalúa la presencia de dolores osteoarticulares, movilidad, estabilidad, si hay dificultades en el sueño, así como las quejas de memoria, los hábitos intestinales, el conocimiento de la presencia de enfermedades metabólicas o cardiocirculatorias, la percepción de satisfacción en las relaciones sexuales así como la incidencia de depresión y el tipo de pensamientos.

En la fase pretest, se ha confeccionado una ficha biográfica con el nombre del sujeto, la edad, sexo, el estado civil, la dirección, el nivel de alfabetización, número de hijos, profesión anterior y con quién convive actualmente.

A continuación se le invita a que exprese los problemas físicos, psicológicos o sociales que presente, que son recogidos en el inventario de quejas recogido en el anexo. En ese inventario se marca con un 1 la respuesta que relata en primer lugar, con un 2 la que relata en segundo lugar y así sucesivamente.

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Se le pregunta por las enfermedades que padece en el momento actual y la medicación que está tomando. Se le pregunta si existen problemas de memoria y cuáles son.

Si en el inventario de quejas, había referido uno o más dolores, se evaluaba en primer lugar el que refería primero y en segundo lugar el que había referido el segundo. La evaluación del dolor se lleva a cabo con los siguientes parámetros: **frecuencia** (si es diario, si le duele dos o tres días a la semana, etc.); **duración** (cuánto tiempo permanece el dolor); **intensidad**, medida en una escala analógico visual (Penzo, 1989) que es un segmento de 10 centímetros de largo, en cuyo extremo izquierdo está marcado un 0 y en el derecho está marcado un 10, y en el que el propio sujeto indica cuál es la intensidad de su dolor, teniendo en cuenta que si marca en el 0 quiere indicar que no tiene ningún dolor, si marca en el 10 indica que tiene un dolor insoportable. Por último, se evalúa la **medicación analgésica**, nombre comercial y dosis utilizada. Con respecto al dolor y para registrarlo, en la frecuencia, se evalúa expresado en días, el número de ellos que presenta dolor. En la duración se recoge la duración del dolor respecto al día que le duele expresado en horas. La intensidad se mide en centímetros. En los calmantes, el número de ellos que consume al día.

Se evalúa el hábito intestinal y la medicación laxante que utiliza.

Asimismo, se pregunta sobre los trastornos del sueño. Si hay insomnio primario, secundario o terciario, el número de horas que duerme durante el día (siesta) y los hipnóticos o somníferos que toma.

Se evalúa después la movilidad haciendo que la persona toque estando de pie, con las manos el suelo, teniendo las rodillas estiradas y que coja un llavero del suelo. Se mide con un compás y un transportador de ángulos la movilidad de la articulación de los hombros en abducción y en separación, la movilidad de la



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

articulación de la cadera al elevar los muslos. La evaluación se registra con 0= nunca, 1= a veces y 2= casi siempre.

Se le pide que realice de forma simulada la operación de abrocharse el sujetador detrás y que si es capaz de peinarse por las mañanas ella sola. Así mismo se evalúa la percepción de tropiezos, de estabilidad, preguntándole sobre si tropieza o no, o si pierde el equilibrio, si se cae y el número de tropezones que ha tenido en la semana anterior. Luego se mide si es capaz de estar 5 segundos con uno de los pies levantados, y luego se mide con el otro. Si es capaz de hacerlo se puntúa con un 1 y si no es capaz con un 0.

Se evalúa las actividades de la vida diaria basándonos en el cuestionario de actividades de la vida diaria de Katz (1970).

Se evalúa la depresión con una prueba modificada (en el sentido de que se han dejado solamente tres alternativas de respuesta), del Cuestionario BDI o Índice de Depresión de Beck (1961), y el inventario de Pensamientos de Cautela(también modificado en el mismo sentido).

Durante la aplicación del tratamiento, se lleva un control de la asistencia al programa y se pregunta a cada sujeto si realiza el ejercicio físico en casa y si hace diariamente el entrenamiento en relajación, así como si tiene en cuenta las indicaciones sobre alimentación.

En la fase posttest, se volvió a pasar toda la batería evaluativa, exceptuando la ficha biográfica si no relatava ningún cambio en ella.

I.3.3.a) Pruebas utilizadas

FICHA PERSONAL

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

NOMBRE

EDAD E.C. DIRECCIÓN

ESTUDIOS

FAMILIA PROFESIÓN ANTERIOR

¿CON QUIEN VIVE? ¿DESDE CUANDO ESTA ASÍ

VIVIENDO?

_____ El inventario de quejas ha sido elaborado para tener una idea global de cuáles son los principales problemas que le aquejan a cada sujeto.

CUESTIONARIO

INVENTARIO DE QUEJAS

Expresadas en verbos (p. ej. Me duele, no duermo, etc.)

NOMBRE

- 1.- Me duele en lumbar
- 2.- Me duele en espalda
- 3.- Me duele en cervical
- 4.- Me falla la memoria
- 5.- Me duelen las rodillas
- 6.- Me duele la cabeza
- 7.- No duermo bien
- 8.- Tengo ansiedad, ahogos, mareos
- 9.- Me duele el brazo



PSICOLOGÍA CLINICA
Y DE LA SALUD

- 10.- Dificultad respiratoria
- 11.- No estoy estable al andar
- 12.- Estoy estreñado/a
- 13.- Tengo calambres
- 14.- Me cuesta trabajo moverme
- 15.- Me duele la barriga
- 16.- Me duelen las ingles
- 17.- Tengo miedo
- 18.-
- 19.-
- 20.-

ENFERMEDADES EN EL MOMENTO ACTUAL

TRATAMIENTO QUE ESTA TOMANDO

Nos interesa conocer aquí las enfermedades que la persona padece y la medicación que toma en base a poder tomar las medidas oportunas . Por ejemplo en un grupo que incluyera personas diabéticas, sería aconsejable hacer hincapié en los aspectos alimenticios mas específicos relacionados con su dieta adecuada, así como a la hora de realizar el ejercicio físico poder planificarlo de manera que no se produjeran descompensaciones en los niveles de glucemia.



PSICOLOGÍA CLINICA
Y DE LA SALUD

INTENSIDAD +-----+-----+

media 0

10

CALMANTES (Nombre y dosis diaria)

EVACUACIÓN E INSOMNIO

- Nº veces que evacúa al día/semana

- MEDICACIÓN LAXANTE

- ME ACUESTO Y TARDO EN QUEDARME MAS DE MEDIA HORA DORMIDO. SI... NO...

- ME ACUESTO Y ME DUERMO, PERO ME DESPIERTO A MEDIA NOCHE. SI... NO...

- ME DESPIERTO A LAS DE LA MAÑANA

- Nº DE HORAS QUE DUERME DURANTE EL DIA

- HIPNÓTICOS O SOMNÍFEROS (Nombre y dosis diaria)

EVALUACIÓN DE MOVILIDAD Y ESTABILIDAD

Expresese con respecto a estas cuestiones las veces que ello ocurre: con 0, nunca; 1, a veces; 2, casi siempre.

1.- ESTANDO DE PIE Y CON LAS RODILLAS ESTIRADAS LLEGO CON LAS MANOS AL SUELO

Se le pregunta a la persona si llega y le pedimos que nos lo demuestre.

2.- TROPIEZO CON FRECUENCIA

3.- NUMERO DE TROPEZONES QUE HA TENIDO EN LA SEMANA PASADA

4.- PIERDO EL EQUILIBRIO (ESTABILIDAD)

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

5.- ME CAIGO

6.- ES CAPAZ DE ABROCHARSE EL SUJETADOR DETRÁS. SI..., NO....

7.- ES CAPAZ DE PEINARSE SOLA. SI... NO....

En las cuestiones 2, 3, 4, 5, 6 y 7 se le pregunta al respecto.

8.- CON LA MANO SE TOCA LA OREJA DEL LADO CONTRARIO POR ENCIMA DE LA CABEZA. MANO DERECHA MANO IZQUIERDA.....

9.- ES CAPAZ DE COGER OBJETOS DEL SUELO SIN DOBLAR LAS RODILLAS. SI.. NO...

En la 8 y 9 se le pide que lo haga y se marca si o no en consecuencia.

10.- ABDUCCIÓN DEL BRAZO DERECHO.....°

11.- ABDUCCIÓN DEL BRAZO IZQUIERDO.... °

12.- SEPARACIÓN BRAZO DERECHO..... °

13.- SEPARACIÓN BRAZO IZQUIERDO..... °

14.- ELEVACIÓN MUSLO DERECHO.....°

15.- ELEVACIÓN MUSLO IZQUIERDO.....°

En las cuestiones 10, 11, 12 y 13 se le pide a la persona que se ponga de pie y que lleve al brazo en abducción o en separación tan alto como le sea le dice: *Quiero que separe el brazo hacia arriba, tan alto como pueda.* En los 10 y 11 se le dice: *hacia el lado y arriba* y en los 12 y 13 se dice: *hacia delante y arriba.* En las 14 y 15 se le pide que estando de pie, levante la rodilla tan alto como pueda. *Levante la pierna tan alto como pueda.*

Con un compás de plástico, de los utilizados por los enseñantes, de 36 cms. de largo cada rama, se coloca una de las ramas en la vertical del cuerpo y la otra en paralelo al eje del brazo o pierna cuya amplitud queremos medir. Posteriormente trasladamos la abertura del compás colocándolo encima del

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

transportador, y poniendo una de las ramas en el 0°, medimos los grados en la otra rama.

16.- ES CAPAZ DE MANTENERSE 5" CON EL PIE IZQUIERDO LEVANTADO DEL SUELO. SI. NO....

17.- ES CAPAZ DE MANTENERSE 5" CON EL PIE DERECHO LEVANTADO DEL SUELO. SI.... NO.....

Estando de pie, se le pide que levante un pie del suelo, y sin apoyarse con ninguna otra parte del cuerpo en ningún sitio se cuenta con un cronómetro si el tiempo que está sin contactar de nuevo el pie, es mayor de 5 segundos, y se registra en consecuencia

ÍNDICE DE KATZ DE ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA

6 - PUEDO BAÑARME SIN AYUDA/ SOLO UNA PARTE/NECESITA AYUDA

5 - ME PUEDO VESTIR SIN AYUDA/SOLO UNA PARTE/ NECESITA AYUDA

4 - PUEDO UTILIZAR EL ASEO SIN AYUDA/SOLO UNA PARTE/NECESITA

3 - PUEDO DESPLAZARME SIN AYUDA/SOLO UNA PARTE/ NECESITA

2 - CONTROLLO ESFÍNTERES SIN AYUDA/SOLO HECES/ NO CONTROLA

1 - COMO SIN AYUDA/ SOLO PARCIALMENTE/ NECESITA AYUDA

Se le pregunta por cada una de las actividades si las puede llevar a cabo sola, si necesita ayuda para algunos de los momentos, o si necesita ayuda para toda la actividad.

B.D.I ADAPTADO.

Nombre

Fecha

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

A continuación se le leerán una serie de afirmaciones. Para cada una de ellas, hay varias respuestas posibles; Indíquenos aquellas que mejor reflejen su situación. El 0 indica desacuerdo; 1, acuerdo a veces; 2 Totalmente acuerdo.

- 1.- No me siento triste
- 2.- No estoy especialmente desanimado con respecto al futuro
- 3.- Me siento fracasado
- 4.- Encuentro tanta satisfacción en las cosas como antes
- 5.- No me siento particularmente culpable
- 6.- No siento que vaya a ser castigado
- 7.- No me siento insatisfecho conmigo mismo
- 8.- No siento que sea peor que otras personas
- 9.- No tengo pensamientos de hacerme daño
- 10.- No lloro mas de lo normal
- 11.- No estoy mas irritado ahora que antes
- 12.- No he perdido el interés por otras personas
- 13.- Tomo mis decisiones como siempre
- 14.- Puedo trabajar tan bien como antes
- 15.- No me importa que mi aspecto sea peor que el de antes
- 16.- Puedo dormir tan bien como siempre
- 17.- No me canso mas de lo normal
- 18.- Mi apetito es igual que siempre
- 19.- No he perdido peso últimamente



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

20.- No estoy mas preocupado por mi salud que antes

21.- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

Se lee la afirmación en voz alta al sujeto y se le pide que diga si está de acuerdo en todo, a veces, o si está en desacuerdo.

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS de Cautela (Adaptado)

Nombre Fecha

A continuación se le leerán una serie de afirmaciones. Para cada una de ellas, hay varias respuestas posibles; Indíquenos aquellas que mejor reflejen su situación. El 0 indica desacuerdo; 1, acuerdo a veces; 2 Totalmente acuerdo.

- 1.- Me encuentro solo
- 2.- La vida no merece la pena
- 3.- Me siento estúpido
- 4.- No soy atractivo
- 5.- La gente no me gusta
- 6.- Me gustaría tomar bebidas (alcohol)
- 7.- Me gustaría comer algo
- 8.- Me gustaría fumar
- 9.- Me siento depresivo
- 10.- Me voy a equivocar
- 11.- Soy un fracasado



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

- 12.- Me gustaría desenmascararme
- 13.- El futuro es desesperado
- 14.- Me siento culpable de algunas cosas que no he hecho
- 15.- Me voy a volver loco
- 16.- Voy a sentir pánico
- 17.- Querría matarme
- 18.- Me gustaría tener una experiencia homosexual
- 19.- El mundo está sucio
- 20.- ¿Qué hay de malo en mi?
- 21.- Me temo que voy a morirme
- 22.- Temo estar solo en la vida
- 23.- No encontraré a nadie que me quiera
- 24.- Me gustaría herir a alguien
- 25.- La gente averiguará que soy un falso
- 26.- Siento que algo terrible me va a ocurrir
- 27.- Voy a perder el trabajo
- 28.- No tengo bastante dinero
- 29.- Soy frígida (mujeres)
- 30.- Soy impotente (hombres)
- 31.- La gente piensa que soy extraño
- 32.- La gente piensa que soy estúpido



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

- 33.- No puedo concentrarme
- 34.- Necesito tomar píldoras para calmarme
- 35.- La gente sabrá que soy nervioso
- 36.- Algo anda mal en mi vida sexual
- 37.- No quiero ir a trabajar
- 38.- Alguien que me importa podría morir
- 39.- Estoy demasiado gordo/delgado
- 40.- No valgo la pena
- 41.- Temo herir a alguien
- 42.- La gente podría pensar que soy homosexual
- 43.- Me pregunto si soy homosexual
- 44.- Soy una persona débil
- 45.- Nadie parece comprenderme
- 46.- El doctor no puede averiguar que hay de malo en mi, pero yo se que estoy enfermo
- 47.- Si tengo relación sexual con alguien, quiero ser capaz de satisfacerle/la
- 48.- Siempre voy a estar nervioso
- 49.- Alguien va a herirme o matarme
- 50.- Me estoy volviendo viejo
- 51.- Me gustaría no ser tan pequeño/ alto
- 52.- Pienso en experiencias homosexuales



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Escriba aquellos pensamientos que no se han mencionado, pero que Vd. puede tener mas de 10 veces al día.....

.....

.....

.....

Escriba algunos pensamientos que le molestan o le hagan sentirse ansioso.....

.....

Se le lee la afirmación en voz alta al sujeto y se le pide que diga si está de acuerdo en todo, a veces, o si está en desacuerdo.

Esta evaluación fue realizada tanto antes del tratamiento (pretest) como después de terminarlo (post-test).

Durante la aplicación del tratamiento se evaluaba en cada sesión, en una ficha individual, la asistencia o no a dicha sesión, si habían hecho ejercicio y relajación diariamente desde la última sesión en sus domicilios, y si introducían cambios en la alimentación.

FICHA REGISTRO DE ASISTENCIA Y DE REALIZACIÓN TAREAS

NOMBRE.....

SESIONES_1_2_4_5_6_7_8_9_11_11_12_13_14_14_15_16_

ASISTENCIA

ALIMENTACIÓN

RELAJACIÓN

EJERCICIO FÍSICO

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Con excepción de las modificaciones del inventario de pensamientos de Cautela, de las modificaciones del índice de actividades de la vida diaria de Katz, y las realizadas en el Cuestionario del Beck Depression Inventory (BDI), el resto de las escalas se han construido específicamente para este programa

Una de las sesiones fue grabada íntegramente en vídeo.

1.3.4. Procedimiento experimental

I.3.4.a) Consideraciones previas

Antes de comenzar con la formación del grupo, hubo una reunión previa con ellos en la misma sede del Club de la Tercera Edad. Esta fue convocada por el Presidente de la Junta Vecinal y el Presidente del Club, con el objetivo de dar a conocer una propuesta de trabajo para mejorar la salud de los miembros de dicha asociación.

En esta reunión se proporcionó información acerca de las posibilidades de mejorar el nivel de salud y al mismo tiempo se recabó de ellos, cuáles eran los problemas más acuciantes de salud que tenían, así como se indicó que las personas interesadas pasarían a formar parte de dicho grupo. Esto se hizo tanto en el grupo experimental como en el grupo control, y se llevó a cabo la evaluación pretratamiento sobre el estado de salud individual. El grupo experimental fue sometido al tratamiento más adelante indicado, mientras al grupo control se le decía que al cabo de tres meses se le volvería a hacer la evaluación para ver como estaban, (lista de espera) y empezar con el tratamiento ellos también. Pasados los tres meses, se hacía la evaluación posttest para ambos grupos.

En la primera sesión del grupo experimental ya constituido, se plantearon los objetivos a conseguir que más adelante se especifican.

I.3.4.b) Diseño del tratamiento

Se ha realizado un diseño cuasiexperimental, con grupo experimental y grupo control (lista de espera), con medidas de las variables dependientes antes del tratamiento y después.

I.3.4.b.1) Objetivos generales

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816
Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

El objetivo de este programa es ofrecer recursos para mejorar la calidad de vida de los participantes en el terreno físico, psicológico, y social, es decir a un nivel global. Por todo ello se hará hincapié tanto en la erradicación de prejuicios y estereotipos sobre la vejez trabajando en base a los conocimientos científicos, como en la proporcionar la adquisición de competencias y habilidades que le permitan al individuo fomentar su salud.

I.3.4.b.2) Objetivos específicos

En la recogida previa de información, se constató que una de las quejas que con mayor frecuencia se daban entre las poblaciones del Hogar del Pensionista eran de mayor a menor frecuencia, los dolores osteoarticulares y la disminución en la movilidad articular.

Así mismo, el insomnio y la inestabilidad en el equilibrio físico eran alteraciones que tenían una cierta incidencia así como la pérdida paulatina de memoria.

Los objetivos específicos son:

- Disminuir el dolor músculo-osteo-articular.
- Disminuir el uso de la medicación analgésica
- Incrementar la movilidad física
- Aumentar la estabilidad física
- Prevenir las caídas
- Incrementar la memoria de las actividades cotidianas.
- Incrementar la autoestima
- Disminuir el insomnio
- Disminuir la medicación somnífera o hipnótica.

I.3.4.b.3) Objetivos operativos



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Al finalizar el tratamiento, los participantes, habrán apreciado con respecto al objetivo específico :

- *Disminuir el dolor músculo-osteo-articular* tanto una disminución en la percepción subjetiva de la *frecuencia* (expresado en días), como en la *duración* (tomando como referencia número de horas al día que lo tiene) y la *intensidad* (del dolor medido en una escala analógico-visual).

- *Disminuir el uso de la medicación analgésica*, (número de *analgésicos* ingeridos o administrados por día).

- *Incrementar la movilidad física*, (medido en ángulos con respecto a: 1) la *abducción y separación de ambos brazos* en relación al eje vertical corporal; 2) *elevación de ambos muslos* con respecto al eje vertical corporal). Asimismo, capacidad para: a) *tocarse la oreja con la mano contraria* pasando por encima de la cabeza; b) *abrocharse el sujetador* con los corchetes situados en la espalda; c) *coger cosas del suelo*; d) *llegar al suelo con las manos*, teniendo las rodillas estiradas y estando de pie).

- *Aumentar la estabilidad física*, en relación con: a) el tiempo que la persona es capaz de estar con un sólo *pie en el suelo*; b) *número de tropiezos y valoración subjetiva de la estabilidad* que la persona hace, de su equilibrio.

- *Prevenir las caídas* con una disminución en el *número de caídas relatadas*.

- *Incrementar la memoria de las actividades cotidianas*, con disminuir el *número de quejas de memoria*.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

- *Disminuir el insomnio*, al disminuir número de minutos que tarda en dormirse, y aumentar el número de horas que duerme por la noche.

- *Disminuir la medicación somnífera o hipnótica*, el número de *somníferos o hipnóticos consumidos*..

I.3.4.c) Aplicación del tratamiento

La intervención se ha llevado a cabo en tres meses. El primer mes se trabajó a razón de dos sesiones semanales, con una duración de dos horas por sesión. Los dos meses posteriores con una frecuencia de una sesión por semana, también de dos horas.

El programa, pues se divide en dieciseis sesiones y cada una de ellas se subdivide en tres. La primera, entrenamiento en relajación; la segunda realización de ejercicio físico moderado y; la tercera de exposición de elementos teórico-prácticos, relacionados con los objetivos propuestos.

Por todo ello, los recursos a utilizar en este curso serán el ejercicio físico moderado. También se hará hincapié en la importancia de la alimentación en base a conseguir unas ideas sencillas y no prejuiciosas sobre la importancia de los alimentos ingeridos en el proceso de salud del individuo.

Se trabajará en la realización de actividades placenteras para cada uno de los participantes. Asimismo se realizará un entrenamiento en relajación muscular progresiva de Bernstein y Borkovec(1983), para disminuir la ansiedad, y entrenamiento en estrategias cognitivas para la recuperación y fortalecimiento de la memoria.

I.3.4.c.1) Fase de Información



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Se proporcionan la siguiente información sobre los estereotipos que existen en la sociedad y de la que ellos mismos participan según ponen de manifiesto con sus comentarios e ideas. Así mismo, se discuten estos prejuicios, haciendo una discusión sobre los mismos, de forma racional, basándonos en los trabajos de investigación que hay sobre la vejez.

PREJUICIOS Y ESTEREOTIPOS SOBRE LA VEJEZ

- LOS ANCIANOS SON RÍGIDOS, INFLEXIBLES Y DOGMÁTICOS.

- LA SENECTUD (VEJEZ) ES IGUAL A SENILIDAD (DEMENCIA).

-LA SEXUALIDAD SE DA SOLAMENTE EN LA JUVENTUD.

- LA VEJEZ ES IGUAL A LA DISMINUCIÓN INTELECTUAL.

- "SOY DEMASIADO VIEJO PARA CAMBIAR O APRENDER NUEVAS

COSTUMBRES".

- "NUNCA HE HABLADO DE MIS SENTIMIENTOS. NO PUEDO HACERLO".

- "DEBO SER CAPAZ DE RESOLVER MIS PROBLEMAS POR MI MISMO.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

- "ES SIGNO DE DEBILIDAD PEDIR AYUDA".

- "¿COMO PODRÍA AYUDARME EL HABLAR?. NO ME DEVOLVERÁ MI PAREJA, NI MI SALUD NI MI ALEGRÍA".

- "MI SITUACIÓN ES IRREMEDIABLE Y CADA VEZ PEOR. NADIE PUEDE AYUDARME".

- " DEBO SER CAPAZ DE RESOLVER MIS PROBLEMAS POR MI MISMO.

- "ES SIGNO DE DEBILIDAD PEDIR AYUDA O RECONOCER QUE SE NECESITA ".

*Se parte de la base de que la plasticidad que caracteriza al ser humano, le acompaña también durante la vejez. **La vejez no es una enfermedad.** Hace años, el declive físico e intelectual era considerado irreversible y por lo tanto inmodificable. Sin embargo, las repercusiones teóricas y prácticas que pueden derivarse de la investigación sobre la plasticidad intelectual de la vejez, son realmente impresionantes. La vejez no implica necesariamente la pérdida de la capacidad intelectual,(se puede seguir aprendiendo y acumulando información) ni la desaparición de la capacidad física. Ambas actividades pueden seguir desarrollándose con un entrenamiento adecuado. El declive físico se puede retrasar aunque nunca eliminar.*

El lugar en que se vive, la altitud, el consumo de drogas (alcohol, tabaco, etc.,) la alimentación, el desgaste físico, el ejercicio físico que la persona está acostumbrada a hacer de forma continuada, e incluso los hábitos de



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

comportamiento , en definitiva, la biografía personal, van a condicionar todo el proceso de la vejez.

VEJEZ

LAS PLANTAS Y LOS ANIMALES NACEN, CRECEN, SE REPRODUCEN Y MUEREN.

LAS PERSONAS NACEN, CRECEN, SE DESARROLLAN, ALGUNAS TIENEN DESCENDENCIA Y TODAS MUEREN.

1.- LA VEJEZ NO TIENE PORQUE SER IGUAL A ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL.

2.- SABER EN QUE OCUPAR EL PERIODO DE JUBILACIÓN O LA ETAPA DE VEJEZ, ES SINÓNIMO DE INTELIGENCIA , UNA FORMA DE AUMENTAR LA CALIDAD DE VIDA Y DE PREVENIR LA ENFERMEDAD.

3.- LA MUERTE ES UN PROCESO QUE NO SE PUEDE EVITAR, PERO LO QUE SI SE PUEDE HACER ES VIVIR MAS SANOS FÍSICA, PSICOLÓGICA, SOCIAL Y ESPIRITUALMENTE MEJOR.

Sólo el 14% de los viejos, pueden ser clasificados de muy enfermos.

Los que tienen mejor formación escolar con status social mas elevados, muestran comparativamente menores dificultades de adaptación al estado de



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

retiro que los encuestados con menos formación escolar o pertenecientes a un status social mas bajo.

La rápida adaptación es debida a una inteligencia mas elevada, a una mejor integración social, o a una mayor amplitud de intereses.

Las personas que se sienten mas sanas, tienen una imagen mas positiva y se califican como activas, emprendedoras, reconocidas por el entorno social, independientes con estado eufórico de ánimo, satisfechas de la vida.

Las que se autoevalúan negativamente, declaran mayor número de sobrecargas y son pasivas, dependientes, con el estado disfórico de ánimo y amargadas, tienen menor número de proyectos y tendencia mas fuerte a la restricción, ven menos aspectos positivos en la situación presente, consideran limitada su esfera vital, se hallan mas intensamente referidas al pasado y echan de menos muchas cosas del pasado.

El modo como el individuo percibe las modificaciones es lo que tiene mas relevancia para los cambios psicológicos correspondientes al envejecimiento. La terapia mas eficaz contra el envejecimiento es el distanciamiento que el individuo pueda conseguir respecto a las exigencias, sobre todo de tipo competitivo que el ambiente social intenta imponerle.

Las personas que están empeñadas en mostrar a otros y mostrarse a si mismos sus molestias corporales ,y lo malos que están, limitan sus movimientos y su vida.

Los que a pesar de las molestias, se encaminan hacia otros sectores de la vida, aumentan su campo de intereses, desvían su atención hacia la salud y no



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

hacia la enfermedad, y pueden hallar relaciones humanas de índole espiritual, se encuentran mejor y se perciben más sanos

SI SE REvisa LA IMPORTANCIA QUE SE LE CONCEDE A LA ENERGÍA CORPORAL Y SE LE DA MAYOR A LA ESFERA PSICOLÓGICA Y ESPIRITUAL, SE ESTARÁ MEJOR.

La desgana respecto al movimiento, inducido por el deseo de evitar esfuerzo, aumenta cada vez más la incapacidad para moverse, con lo que la persona de edad, se vuelve más dependiente de cuantos le rodean. El anciano, teme esta dependencia y por otro lado la desea como una petición dirigida a los demás para que se le preste más atención y cuidados.

Los contenidos teóricos se van desarrollando en orden creciente. Se proporciona información sobre el equilibrio salud-enfermedad en la vejez, sobre los estereotipos que existen en la sociedad sobre esta etapa de la vida, y cómo estos influyen sobre el modo de pensar, de decir y de comportarse y por consiguiente sobre la salud.

Así pues, se podrían proponer una serie de intervenciones que tratarían de promover la salud, mejorar la calidad de vida y prevenir cualquier posible enfermedad de los sujetos. Y así, contra el desajuste físico y la inestabilidad, se podría realizar actividad física; contra la falta de reserva cardíaca, el ejercicio aeróbico; contra la presión sanguínea inadecuada, el ejercicio físico y la dieta; contra el declive intelectual, los entrenamientos cognitivos; contra los fallos en la memoria, el uso de nuevas estrategias; contra los tiempos de reacción lentos, ejercicio físico; contra el aislamiento, la socialización; contra la depresión, la búsqueda de actividades agradables y la introducción de elementos placenteros; contra el estreñimiento, una dieta adecuada y ejercicios de masaje abdominal; contra el insomnio, el entrenamiento en relajación, etc.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Se proporciona información sobre la alimentación y sobre la forma más adecuada de ingerirla. Todo ello apoyado con transparencias visionadas con retroproyector. Aquellas han sido preparadas con pictogramas para facilitar la comprensión de cada uno de los aspectos que se desea sean aprendidos

A L I M E N T A C I O N

En esta edad, aparecen con frecuencia problemas dentarios (Dentaduras postizas, falta de piezas dentarias), se disminuye a veces el gusto por la comida, hay problemas económicos, con lo que uno no puede comer aquello que debería.

*Como se come más féculas, patatas y más cantidad de comida de la que uno necesita, se tiende a coger más peso del que sería conveniente, lo que perjudica a las rodillas y a la espalda. **ES CONVENIENTE MANTENER EL PESO.***

Es necesario hacer una alimentación completa, que incluya frutas, verduras, cereales, huevos y leche. La carencia de vitamina B provoca en adultos sanos, estados de confusión, disminución de la capacidad del juicio ante los tests psicológicos y debilitamiento de la memoria y de la resolución de problemas.

Parece que hasta ahora, lo único que se debía hacer en la vejez era descansar. Como ya no es productivo, ha de dedicar todo el tiempo al ocio y al recreo, y esto ha de ser como una obligación. Pero está demostrado que incluso en la vejez, el individuo puede seguir desarrollándose en lugar de involucionar, puede seguir ejercitando una actividad útil sobre todo para él mismo y para los demás, puede fijarse metas, logros, y tener una capacidad de expectativas realistas ante la vida.



4.3. HÁBITOS HIGIÉNICOS Y DE ALIMENTACIÓN

Por otro lado, según Rosenberg (1993), del Centro de Investigación sobre nutrición en edad avanzada, de la Universidad Tufts de Boston, existe una relación entre los procesos degenerativos de la vejez y los hábitos alimenticios. El riesgo de enfermedades cerebrovasculares que en el anciano supone el doble que el de cardiovasculares, está disminuido por la ingesta de vitamina D.

Así mismo, la inclusión de vitamina C en la dieta, es muy importante especialmente en la extracción de cataratas, ya que protege a la lente de los efectos antioxidantes del ojo.

Un reciente estudio llevado a cabo en Terranova, Rosenberg demuestra que el ascenso dietético en vitaminas y en minerales, tiene la capacidad de modular la inmunidad en los ancianos. Una de las cosas que se han descubierto en el cáncer de pulmón y de la zona pulmonar es que las vitaminas que se pueden ingerir son capaces de proteger al organismo del desarrollo del cáncer en estos órganos, especialmente el ácido fólico.

ALIMENTACIÓN

PROTEINAS, HIDRATOS DE CARBONO, GRASAS

PROTEINAS.- Se precisan para el crecimiento y la reparación de los tejidos. Una persona anciana puede vivir sin proteínas o con solamente una pequeña cantidad, durante un tiempo considerable, pero si la dieta falla en proveer las proteínas adecuadas, se produce un deterioro de su salud y un debilitamiento de los músculos.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

SE ENCUENTRAN PRESENTES EN: CARNE, PESCADO, HUEVOS, LECHE, QUESO, CIERTOS CEREALES (soja) Y FRUTAS.

Es necesario el aporte diario de 70 gr. de proteínas, de los que 35 gr. han de ser carne, pescado.

HIDRATOS DE CARBONO.- Son la fuente principal de energía del organismo. Los alimentos que contienen hidratos de carbono son también conocidos como azúcares y glucosas. Una carencia de hidratos de carbono en la dieta no daña realmente, pero aquellas personas que toman hidratos de carbono de manera insuficiente, probablemente estarán sometidos a una dieta incapaz de producir la energía que requieren por lo que se sentirán hambrientos, apáticos y perderán peso. Uno de los problemas en la vejez es que se consumen muchas cantidades de hidratos de carbono por que son mas fáciles de masticar, mas fáciles de digerir, agradables al gusto y además son mas baratos. Es preciso vigilar su abuso.

SE ENCUENTRAN PRESENTES EN : AZÚCAR, CAMELOS, CHOCOLATES, PASTELES, GALLETAS, PAN, ARROZ, CONFITURAS, PASTAS, PATATAS, BONIATOS.

GRASAS.- Es necesaria para una correcta alimentación. No hacen que las personas engorden, no son las responsables de la obesidad, sino que lo son mas bien, los hidratos de carbono. Las grasas de origen vegetal, son imprescindibles en las dietas. No deben de sobrepasar los 60 gr. por dia.

SE ENCUENTRAN PRESENTES EN: ACEITES, MANTEQUILLA, MARGARINA, MANTECA. TAMBIÉN SE ENCUENTRAN EN CARNE, PESCADO, NUECES, CACAHUETES, LECHE.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

MINERALES Y VITAMINAS.- Una dieta sana y equilibrada debe contener la cantidad adecuada de minerales y vitaminas.

MINERALES.- Sustancias químicas necesarias para la formación de tejidos en el organismo. Los mas importantes en una dieta para personas ancianas son el hierro y el calcio.

HIERRO.- Es el mineral utilizado por el organismo para la formación de la sangre. Se encuentra especialmente en la carne, huevos, verduras (Espinacas, lechuga) y copos de avena. Si es insuficiente en la dieta, el paciente se volverá anémico. El hierro es especialmente necesario para las personas que tienen pérdidas de sangre, como en las personas con hemorroides e incluso personas que toman regularmente aspirinas, quienes sin darse cuenta sufren una pérdida pequeña de sangre a través del sistema gastrointestinal.

EL HIERRO SE ENCUENTRA PRESENTE: LA CARNE, HUEVOS, VERDURA (ESPINACAS, LECHUGAS,), COPOS DE AVENA.

CALCIO.- Se precisa para la composición de huesos (para prevenir la osteoporosis) y de los dientes. Si la dieta es pobre en calcio, los huesos pueden lesionarse. Comúnmente esta es la causa del dolor de espalda.

SE ENCUENTRA PRESENTE : EN LOS PRODUCTOS LÁCTEOS Y LA HARINA

VITAMINAS.- Son sustancias químicas requeridas por el organismo en cantidades pequeñas, pero sin ellas algunos de los procesos químicos importantes del organismo no sucederían , dando como resultado la aparición de ciertas enfermedades.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

VITAMINA A y la VITAMINA B se encuentran cantidades adecuadas en la mayoría de las dietas.

VITAMINA C .- Mantiene un buen estado de salud y conserva las paredes de los vasos sanguíneos en buenas condiciones. La vit. C se destruye cuando se han cocido los elementos durante un tiempo muy prolongado.

SE ENCUENTRA PRESENTE : EN LA LECHE, PATATAS, VERDURAS FRESCAS y FRUTAS FRESCAS.

VITAMINA D.- Es necesaria para mantener los huesos fuertes. Si ésta falta, y se toma poco calcio, se pueden presentar enfermedades importantes, tales como la osteoporosis.

SE ENCUENTRA PRESENTE EN: LAS GRASAS (MANTEQUILLAS, MARGARINAS).

LECHE.- Es un alimento completo. Contiene parte de cada uno de estos componentes necesarios para una dieta equilibrada.

HÁBITOS DIETÉTICOS.- A veces las personas mayores, tienen menos dinero para gastarse en alimentos, menos energía para salir a comprarlos y luego para cocinarlos, y a menudo no se preocupan de preparar una comida adecuada.

Un estado dental deficiente, origina una mala masticación (con la consiguiente malnutrición y los posibles trastornos gastrointestinales), y el rechazo sistemático de los alimentos duros. Masticar 20 veces cada bocado. Utilizar un masticador



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

A veces, también la soledad, incide en estos hábitos "¿ Para qué me voy a hacer de comer para mi solo/a"?. Con lo que toma menos alimentos, son mas incompletos, y a la larga puede llegar a la fatiga y a la desnutrición.

DERECHO A VIVIR

DERECHO A DISFRUTAR DE LA VIDA

DERECHO A ESTAR SANO

DERECHO A SER FELIZ

LÍQUIDOS.- Necesidad de ingerir 1 ½ litros de líquido al día

HÁBITOS ALIMENTICIOS.-

1.- Hacer 3 comidas completas al día, en la cuales, al menos dos de ellas deben contener: carne, pescado, huevos o queso.

2.- No tomar alimentos entre comidas, pero beber a cualquier hora.

3.- Beber al menos ¼ de litro de leche.

4.- Usar aceite de oliva en las comidas

5.- Comer frutas frescas, ensaladas y verduras crudas o cocidas.

6.- Comer patatas ligeramente cocidas o al vapor.

7.- Vigilar su peso.

Se les proporciona información sobre la mejor manera de intervenir en los problemas de estreñimiento crónico con una serie de consejos alimenticios y de hábito intestinal

TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



- *Medidas Generales:*
- *Tome un desayuno abundante a base de zumo de frutas, cereal con leche, pan integral con mermelada (ciruelas), miel,*
- *Beba abundantes líquidos durante el día (agua, zumos de frutas, infusiones).*
- *Evite los alimentos y condimentos astringentes, como el arroz, cacao, pan tostado, galletas, huevos duros, vino tinto y el té, etc.*
- *Igualmente, se evitarán en lo posible todos aquellos fármacos capaces de producir estreñimiento.*
- *Coma regularmente, masticando bien la comida.*
- *Se hará comprender al paciente la cadena de acontecimientos que le ha llevado a padecer dicha constipación crónica.*
- *Se intentará que el paciente comprenda la necesidad de evitar contenerse. Para ello, será útil iniciar una rutina que incluya el intentar defecar (aunque no sienta la necesidad), diariamente, a determinada hora, por lo general de 15 a 60 minutos tras el desayuno, que es el momento en que, a través del reflejo gastroileal, se inicia el movimiento en masa del colon. En algunos pacientes puede ser de utilidad un paseo previo. Debido a la ventaja mecánica que supone para la defecación, es importante recuperar la postura en cuclillas, o bien sentado pero con los pies encima de un taburete bajo; en esta postura deberá permanecer en el sanitario cuando menos diez minutos. La supresión del tabaco resulta beneficiosa, en algunos pacientes.*
- *En los pacientes en quienes la causa del estreñimiento sea una alimentación pobre en residuos, la terapéutica adecuada consistirá en procurar un incremento del residuo intestinal, mediante una dieta rica en fibra vegetal y /o laxantes de volumen(pan integral, frutas frescas a ser posible con piel y sobre todo ciruelas). También es conveniente tomar vegetales frescos preferentemente crudos o cocidos.*



Así pues, y desde un punto de vista práctico, interesará una dieta rica en fibra a base de pan integral de trigo(que contiene salvado), harina de avena(en potaje), frutas, sopa vegetal, y abundantes vegetales frescos (legumbres, verduras y hortalizas).

COGNITI VO

Con respecto a los hábitos de comida, cuando durante mucho tiempo se ha estado cocinando para otro y la mujer se queda viuda , se pierde la ilusión por cocinar, porque ya no hay que hacer la comida para nadie. Cuando es el hombre el que enviuda, lo que se cuestiona es , ¿para qué va a hacer la comida para él sólo si probablemente no ha aprendido?, ¿cómo va a aprender ahora?. Y como ya se come sólo, no merece la pena ni comer. ¿Verdad?.

Cada comida que uno ha de hacer solo, evoca la pérdida del cónyuge, con lo que se tiende a comer cualquier cosa, sin sentarse incluso para evitar la sensación de haberse quedado solo de pronto.

PROBLEMAS EN LA VEJEZ

Los progresos en nutrición, la mejora de la organización y asistencia sanitaria, así como del nivel y calidad de vida, en conjunción con el decremento de las tasas de natalidad y mortalidad, han provocado un incremento en la esperanza de vida y por consiguiente en el número absoluto y proporcional de personas mayores, de viejos. (INE, 1992)

Pero con ser esto importante, lo que tiene realmente relevancia, es que cuando una persona se jubila, alrededor de los 65 años, le quedan ente 14 y 19 años mas de media, (en hombres y mujeres respectivamente); es decir, que cuando hoy en dia, se llega a la edad de jubilación, le queda un gran trecho de vida para vivirla y poderla disfrutar.

Al producirse la jubilación, se empobrecen las relaciones sociales, y también las interpersonales. Se pierde el contacto con otros grupos de edades distintas, y es en esa edad cuando se producen mayoritariamente los cambios en relación a la pareja. Pueden aparecer la ansiedad y el miedo debido a problemas



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

económicos y conjuntarse con los estereotipos sobre la vejez tales como "falto de valor", "feo", "viejo", "inservible" o "inútil".

En las sociedades de primeros de este siglo y en las anteriores, así como en las sociedades tribales, los ancianos eran las personas sobre las que descansaba la sabiduría y el conocimiento. A ellos se consultaba cuando había que tomar alguna decisión importante en el seno de la unidad familiar o social. Algunos refranes indican la importancia de la vejez : "El que quiera saber, que se compre un viejo". "Mas sabe el diablo por viejo que por diablo".

Debido a la aglomeración urbana, al cambio en el estilo de vida familiar, a las viviendas mas reducidas, al empleo de los miembros de la familia, los ancianos han ido siendo desplazados y su sabiduría no es tenida suficientemente en cuenta, con lo que en algunos ancianos, influye negativamente en su propia autoestima. Aunque en los últimos tiempo, comienzan a recuperar el tiempo perdido y buscan tener un papel mas activo en la sociedad. Rodríguez (1993)

Es sabido que con el aumento de la edad, existe una mayor probabilidad de contraer determinadas enfermedades, pérdidas sensoriales y asimismo pueden ocurrir disfunciones comportamentales que hacen incómoda e ingrata la existencia.

Y así, mientras unas son mas o menos irremediables (las canas, la pérdida de elasticidad cutánea, etc.), existen otras evitables o que pueden demorar su aparición en el tiempo (las enfermedades cardiovasculares, los trastornos psicomotores, los trastornos intestinales, el enlentecimiento motor, la inestabilidad física, las dificultades en el sueño, etc.) o que incluso una vez aparecidas, se puede retardar el progreso de la enfermedad tales como la hipertensión arterial, la diabetes, etc.

No se trata de negar o de ignorar que con los años, se produce un declive de las capacidades biológicas del individuo, así como de sus habilidades cognitivas y motoras. Se trata de establecer cuáles son producto de la edad, realmente, y cuáles son debidas a un dejarse llevar, a un abandono, pensando que hagan lo que hagan, todo va a seguir igual, y de qué manera en este último caso, el individuo puede intervenir para mejorar su estado de salud, aumentar su calidad de vida, e incluso prevenir algunas enfermedades.



ENFERMEDADES EN LA VEJEZ

Estudios realizados en el 92, (Calvo, 1992) muestran que el 41 % de las personas mayores de 65 años se encuentran afectadas, por enfermedades crónicas cardiocirculatorias, como es el caso de la hipertensión, problemas varicosos y tromboembólicos. Un 35 % estaba afectado por lesiones osteoarticulares, presentando una mayor incidencia las de tipo degenerativo. Un 14 % sufre problemas crónicos de tipo respiratorio, digestivo y/o nervioso. Por último, un 10% padecía alteraciones crónicas metabólicas.

De hecho, la osteoporosis generalizada primitiva (Idiopática o del anciano), que se manifiesta después de los 55 años, afecta al menos a una cuarta parte de la población mayor de 65 años. Habiéndose observado que el 25 % de las mujeres y el 10 % de los varones en edad geriátrica, muestran signos radiológicos de la misma. La osteoporosis es un proceso del esqueleto, en el cual la cantidad de hueso calcificado está reducida, permaneciendo este, desde el punto de vista cualitativo normal. La osteoporosis cursa con dolor que aumenta con el esfuerzo y disminuye con el reposo, hay un mayor riesgo de aplastamientos vertebrales y de fracturas (Colles y del Cuello del fémur). También se produce un empeoramiento del estado funcional, la persona le cuesta mas trabajo moverse y por consiguiente pueden aparecer alteraciones psicológicas, tales como depresión, ansiedad, irritabilidad, etc. Los factores que influyen durante el envejecimiento en la aparición y progreso de la enfermedad son una alimentación deficiente en vitamina D y en calcio, así como la inmovilidad, además de predisposiciones genéticas, y perturbaciones hormonales.

Las caídas son uno de los problemas mas comunes de la vejez. Estudios realizados con ancianos que viven en sus casas o en las de sus familiares, muestran que un 20% de los varones y un 40% de las mujeres, han sufrido alguna caída durante los meses anteriores (Exton-Smith,1977).

El centro de gravedad del cuerpo humano varía en su posición conforme las partes del mismo se mueven en relación unas con otras. Para mantener la



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

posición de erguido durante la bipedestación es necesario que la línea vertical que atraviesa el centro de gravedad pase por la base de sustentación. El desplazamiento de esta línea hacia los borde de la base de sustentación es detectado por numerosos sensores - visuales, vestibulares y propioceptivos-. La cifosis fisiológica que se produce con el aumento de la edad (flexión hacia delante de la vértebras dorsales superiores), hace que este centro de gravedad se desplace del centro. La información obtenida es transmitida a los centros del cerebro, que una vez procesada es devuelta en forma de instrucciones a los músculos del cuello, tronco y miembros, con la intención de que esa línea de presión vuelva al centro de la base de sustentación.

Aunque una gran parte de las caídas que sufren las personas de edad no se registran, debido a que la atención médica no es necesaria, la mayor parte de las caídas tienen lugar durante el día y en el interior o en las inmediaciones de la vivienda (Broclehurst y cols., 1976; Lucht, 1971).

Los giros de la cabeza son responsables de un 5% y los mareos de una 9% de las caídas que sufren los ancianos. (Overstall, 1989).

EJERCICIO FÍSICO

Se les indica la importancia de la movilidad física en la promoción del estado de salud y para la prevención de las enfermedades que se pueden producir con más probabilidad en esta edad. Se les dan asimismo indicaciones acerca de cómo actuar en caso de una caída, y se les invita a que lo realicen ellos mismos en el grupo.

Los programas de actividad física orientados de forma específica a la vejez, han demostrado gran benignidad en cuanto a la consecución de notables mejoras en la calidad de vida del anciano, ayudando a mantener el equilibrio,

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

evitando las caídas y aumentando la movilidad articular. Estos programas han de ser realizados de forma constante, metódica, programados y deben ir acompañados de un programa complementario donde los hábitos higienico-dietéticos se controlen y regulen de forma racional. Ramos, (1992). Overstall (1989)

La actividad física a realizar debe ser seleccionada de acuerdo con una serie de criterios entre los que se encuentran el estado biológico del individuo, las apetencias y conocimientos deportivos personales, su propio historial deportivo, situación económica de cada participante, e infraestructura deportiva local. Partiendo de la base de que la actividad física debe ser eminentemente aeróbica, y que debe procurar una mayor resistencia y flexibilidad al practicante, las modalidades deportivas más recomendadas en este grupo de edad, serían la gimnasia no deportiva, la marcha o el paseo, el ciclismo, la petanca y los bolos entre otros.

La intensidad del esfuerzo debe ser moderada (traducido en una frecuencia cardiaca a 190 menos la edad), la periodicidad debe ser diaria y la duración de las sesiones no debe ser superior a los 60 minutos ni inferior a los 30 por sesión, siendo preferente la simultaneidad de varios deportes en un mismo programa .

Rosenberg dice que con entrenamiento de diez-doce semanas se producen cambios en la masa muscular de los ancianos, ya que el declive con la edad tiene que ver en parte con nuestros hábitos.

El ejercicio físico, actúa también sobre la pérdida de la masa ósea, y disminuye la progresión de la osteoporosis.



Overstall(1989), recomienda practicar ejercicios suaves para mejorar el rango de movimientos cervicales y también ejercicios generales de equilibrio, para mejorar la movilidad y seguridad. Abundando en este sentido, es importante cuando se dirigen los ejercicios, recomendar a los usuarios del programa que no fuercen en demasía los movimientos musculares, que no se hagan daño, que lleguen en los movimientos "hasta antes de hacerse daño", con objeto de evitar lesiones musculares u óseas.

CAÍDAS

Dentro de la prevención secundaria, estarían también las instrucciones que se han de dar a una persona sobre cómo levantarse, cuando ha tenido una caída.

En primer lugar se le recomienda que permanezca tranquilo y se concentre en rodar. Que gire la cabeza en la dirección hacia la que va a rodar y junte hacia el cuerpo el brazo y la pierna del mismo lado.

Segundo. Apoyándose en los brazos, y girando el cuerpo, acerque los pies hacia la cadera, eleve las nalgas hasta llegar a la posición de cuatro patas y poder gatear hasta cualquier objeto firme le ayude a sostenerse (mesa, silla, lavabo, bidé, armario, etc.).

Tercero. Aproxímese y sujétese a la parte mas firme de ese objeto.

Cuarto. Doble la rodilla mas sana (es decir, en la que tenga mas fuerza y menos dolor), apóyese y tire con fuerza de sus caderas hacia arriba, girando sobre si mismo para sentarse o para ponerse de pie.

REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO

SIEMPRE SE REALIZARAN TODOS LOS EJERCICIOS SIN HACERSE DAÑO Y HACIENDO DE MENOR A MAYOR ESFUERZO.



- *Cabeza arriba, cabeza abajo.*
- *Oreja derecha a hombro derecho y oreja izquierda a hombro izquierdo.*
- *Girando la cabeza desde la derecha hacia la izquierda y de nuevo a la derecha.*
- *Rotando la cabeza en un giro completo en dirección derecha y luego en izquierda.*
- *Hundir la cabeza entre los hombros al mismo tiempo que se inspira(Toma aire),y bajarlos bruscamente mientras se suelta el aire.*
- *Hundir la cabeza entre los hombros y restregar la cabeza en el lado derecho, detrás y en el lado izquierdo, mientras se inspira y al bajarlos, soltar el aire.*
- *Molinetes. Hacer primero círculos pequeños hacia delante y hacia atrás. Luego hacer círculos mas grandes hacia delante y hacia atrás.*
- *Ejercicio del mono. Doblando la cadera hacia la derecha y hacia la izquierda, llevar la mano que baja, lo mas bajo posible.*
- *Girar la cadera hacia la derecha y hacia la izquierda con las manos entrelazadas.*
- *Con las manos unidas por los pulgares, doblar el tronco hacia delante, mientras las manos suben lo mas posible hacia arriba.*
- *Con las manos protegiéndose la región lumbar (los riñones), doblar el tronco hacia atrás.*
- *Marcha de puntillas, tacón, y con la cara externa y cara interna del pie.*
- *Doblando la rodilla, la uniremos con el codo contrario.*
- *Cogiendo uvas. Brazo derecho estirado hacia arriba y a la derecha, mientras la pierna izquierda se estira a la izquierda y se separa de la otra.*



EJERCICIO PARA EL EQUILIBRIO

(Repetir cada ejercicio 10 veces). (Tomado de Overstall, 1970)

1 a) Manténgase en pie, apoyándose en los dedos, primero sobre una pierna y luego sobre la otra.

b) Repetir contando hasta 10 para cada pierna

c) Repetir contando hasta 20 para cada pierna.

2 a) Siéntese en una silla, gire y mire hacia la izquierda y luego a la derecha

b) Repita con los brazos en abducción.

c) Tóquese el pie izquierdo con la mano derecha y luego el pie derecho con la mano izquierda.

3 a) Mientras está sentado levante un objeto del suelo, póngase derecho y luego vuelva a dejarlo en el suelo.

4 a) Póngase de pie y lentamente levante un objeto de la mesa; póngalo en la silla y luego devuélvalo a la mesa.

b) Repita, pero esta vez coloque el objeto lentamente en el suelo.

Se trabaja con el grupo para hacerles ver las creencias irracionales (Ellis), aprender a cambiarlas e introducir las saludables dentro de su repertorio de respuestas



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

UNO NO ES RESPONSABLE DE ESTAR VIVO , DE HABER SOBREVIVIDO

UNO TIENE DERECHO A VIVIR LA VIDA

DERECHO A DISFRUTAR DE LA VIDA

*NADA PUEDE SERVIRLE TANTO AL ANCIANO COMO HACERLE VER
QUE EL ES CAPAZ DE REALIZACIONES DE LOGROS, DE METAS, DE QUE
SE CONFÍA EN EL.*

EL SUEÑO Y EL INSOMNIO

Se proporciona información sobre los aspectos del sueño, número de horas que se duerme en la vejez y cómo generalmente se necesita dormir menos tiempo.

4.6.2.- EL SUEÑO Y EL INSOMNIO

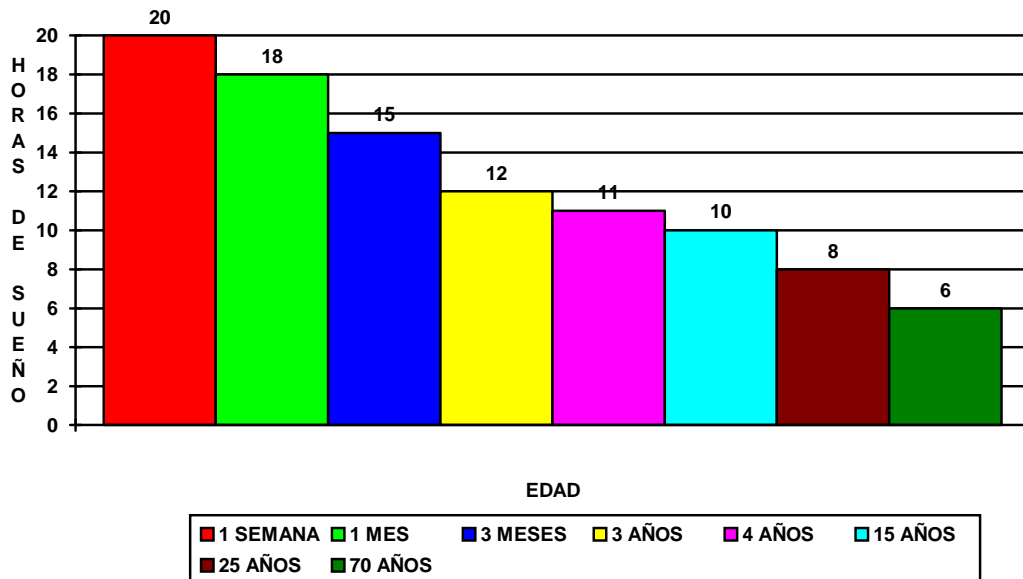
El sueño es un hecho muy importante en nuestras vidas, basta recordar que pasamos durmiendo aproximadamente un tercio de nuestra existencia y al llegar a los 65 años, habremos permanecido dormidos unos 21 años. El sueño no es la mera ausencia de vigilia, se trata de un fenómeno activo con cambios metabólicos, hormonales, cardiovasculares, químicos, de temperatura, etc. De la normalidad del sueño, dependerá en gran parte la normalidad de la vigilia. Tanto un exceso de sueño como una falta del mismo, incidirán en forma desagradable e incluso peligrosa durante la actividad diurna.



Existe la creencia generalizada de que se deben dormir 7 u 8 horas cada noche. Este número mágico no es óptimo para todos ya que no es mas que la media aritmética de las horas que duermen individuo de numerosos grupos muestreados. Las necesidades individuales son muy variadas y oscilan entre 3 y 12 horas diarias, si bien, lo mas corriente se halla entre 6 y 10 horas.

La edad es el factor que afecta mas intensamente la estructura del sueño. El recién nacido necesita dormir entre 18 y 20 horas por dia y esta cantidad va disminuyendo a lo largo de la vida y en la vejez el número de horas se halla entre 5 y 7 horas por noche.

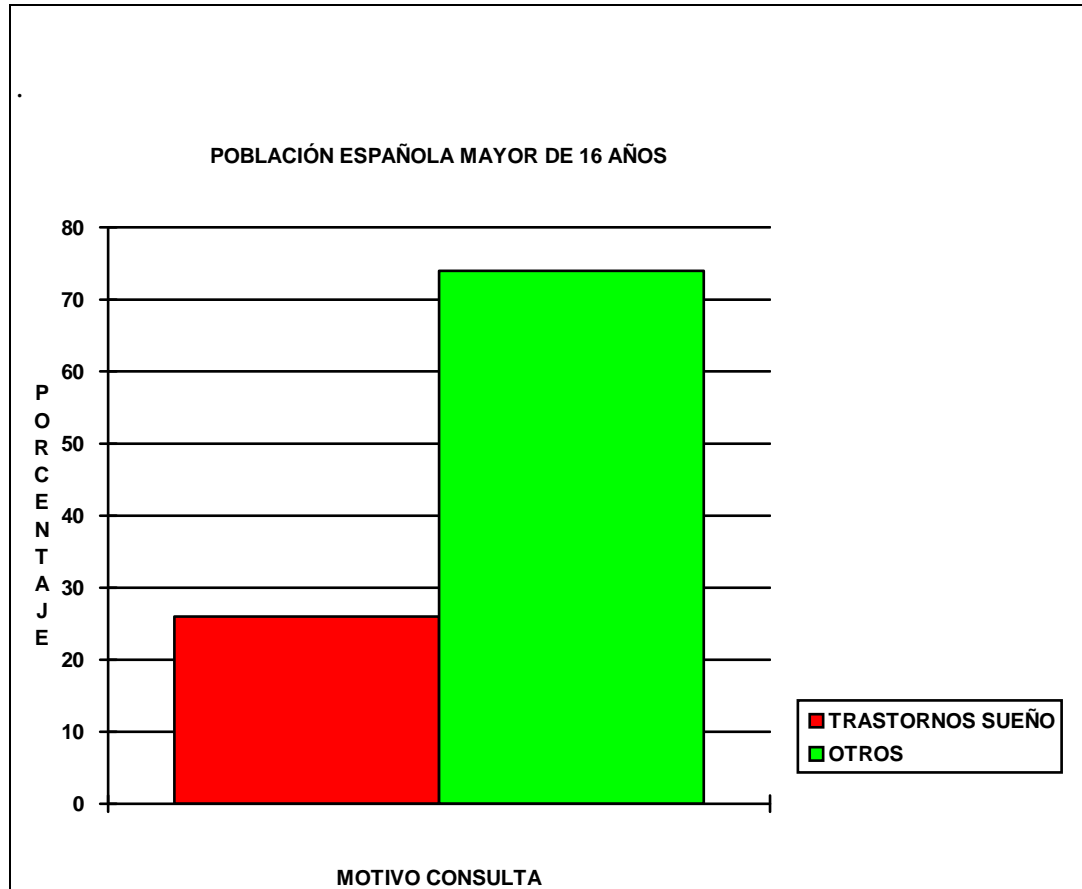
EVOLUCIÓN DEL SUEÑO CON LA EDAD



Estudios actuales muestran la elevada prevalencia de los trastornos de sueño entre la población general. Entrando a considerar el problema del sueño en la vejez, según el estudio Delphi, "Insomnio 2000", en España un 26% de la población mayor de 16 años se ve afectada por el insomnio y trastornos del sueño primario, secundario y terciario.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

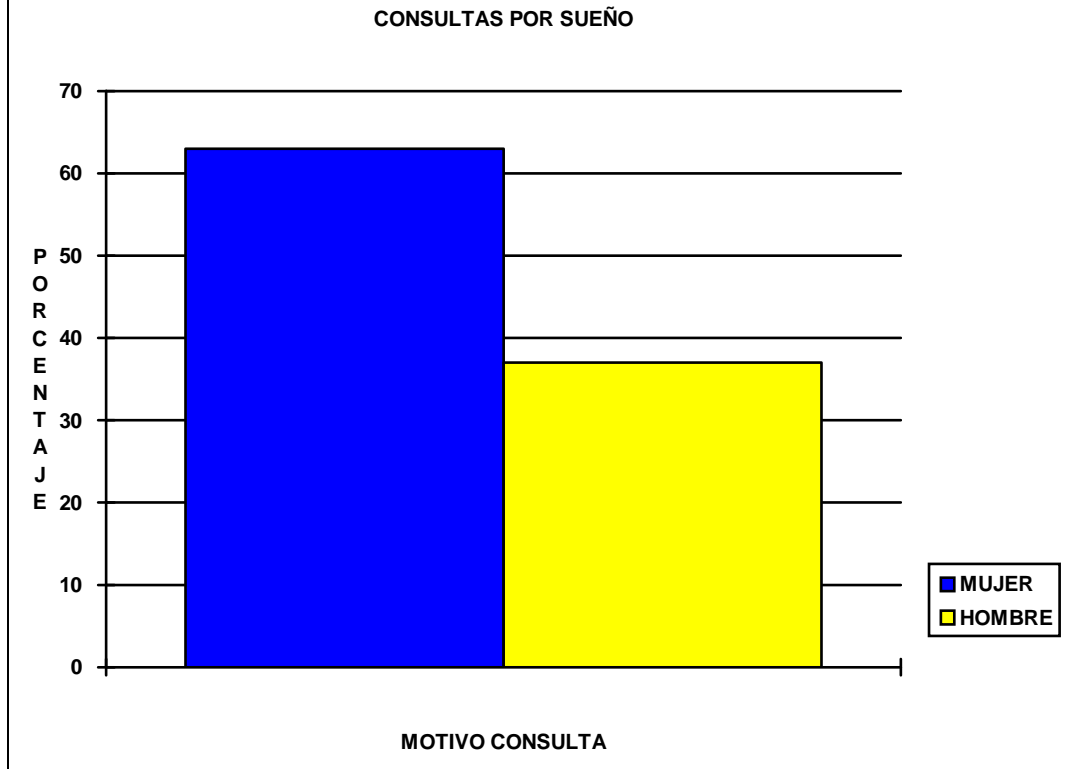


*Un 63 % de las consultas médicas corresponden a mujeres y un 37 % a hombre.
La mitad de todas ellas pertenecen a pacientes de edad*



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

avanzada.



Se proporciona información sobre los problemas de memoria y sobre cuáles son las estrategias para solucionarlo

. ASPECTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES

DIFICULTADES EN LA MEMORIA

Dentro de la teoría del procesamiento de la información para el estudio de la memoria, se establece que el sujeto es parte activa del proceso de aprendizaje y de toma de decisión, así como que los procesos existentes en el input y el output (entre el estímulo y la respuesta) son susceptibles de análisis y medición. Este modelo dominante postula que la información fluye, desde el estímulo hasta la

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



respuesta, a través de una serie de etapas. Al principio, el registro de la información sería sensorial, lo que constituye una etapa preatencional y altamente inestable. Posteriormente, la memoria primaria (conceptualizada como un almacén de capacidad limitada en el cual la información permanece en el foco consciente de la atención) y la memoria secundaria (depósito de la información recientemente adquirida) serían las responsables de la adquisición y retención de la nueva información. Finalmente, la memoria terciaria, sería el almacén de la información bien aprendida. Una dificultad en cualquiera de estas etapas crearía un "cuello de botella" que entorpecería la ejecución mnésica .

Se ha encontrado que los principales problemas de los ancianos ocurren en procesos en los que está implicada la memoria secundaria, incluyendo el olvido de los nombres, objetos, citas, lugares, rutinas diarias, direcciones y números de teléfono. Además, los ancianos fracasan con mayor frecuencia cuando lo que deben recordar está fuera de sus rutinas diarias o cuando se requiere información no utilizada recientemente, mientras que los jóvenes fracasan, principalmente, en situaciones percibidas como estresantes. Además, otro hallazgo empírico relevante indica que los ancianos son mas sensibles a los fracasos de memoria de tal forma que sus autoevaluaciones de memoria se ven infravaloradas.

Conviene resaltar que partimos de la perspectiva de que una importante parte de los problemas de memoria de las personas mayores no tienen una base biológica y no están asociados a padecimientos del sistema nervioso central. Por el contrario, pensamos con Fdez- Ballesteros, que gran parte de los mismos son originados por problemas cognitivos que pueden ser compensados o que se deben a componentes motivacionales y afectivos relacionados con la depresión o ansiedad, al igual que por carecer de las suficientes oportunidades para ejercitar y mantener habilidades cognitivas

Las técnicas de intervención pueden agruparse en dos categorías: ayudas externas e internas. Por un lado pueden realizarse intervenciones dirigidas a



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

modificar las ayudas o recursos que las personas mayores utilizan (p. ej. uso de agendas, notas, reloj alarma, acciones que faciliten el recuerdo, etc.) Por otra parte, es posible que el sujeto aprenda recursos o ayudas internas, léase cognitivas que se supone permiten una mejor observación, registro, almacenamiento, y recuperación de la información. Mas exactamente, estos últimos recursos mnemotécnicos pueden ser considerados como ayudas o "prótesis internas" para recordar mejor. En definitiva, auxilian en el mejor procesamiento y recuperación de una información determinada. Tales estrategias mnemotécnicas están construidas a partir de los conocimientos básicos como el aprendizaje y la memoria, potenciando los siguientes aspectos: a) proporcionar sentido al "material" a recordar, b) permitir organizar la información de una manera sistemática y recuperable, c) ayudar a formar redes de información significativa, d) potenciar el reconocimiento de las ventajas de la visualización y concentrarse en el "material" durante la fase de codificación y, finalmente e) proporcionar feed-back durante el proceso de aprendizaje. Las técnicas de manipulación interna que más éxito nos han proporcionado han sido el método de los lugares o loci aunque hay otro como el método de la cadena, método de las palabras, categorización y agrupamiento.

Se proporciona información sobre los cambios en la anatomía y fisiología sexual en la vejez y en las fases de la relación sexual, de manera que puedan percibir estos cambios como algo normal y que al mismo tiempo puedan vivir esa sexualidad como algo saludable y placentero

RELACIONES SEXUALES

Algo que es evidente cuando se trabaja con personas de edad avanzada, es que la sexualidad existe y que es satisfactoria física y mentalmente. También es cierto que la sexualidad se modifica con el paso de los años y así, hay una serie de cambios fisiológicos en el organismo que no impiden la sexualidad, pero que sí la modulan.



Si con respecto al tema de la sexualidad hay muchos tabúes, con respecto al tema de la sexualidad en la vejez, todavía se encuentran algunos más. Así, parece que ésta sólo debería darse en la juventud, y si se da fuera de ella, no es adecuada.

Algunos tabúes son:

- Los viejos no tienen capacidad fisiológica que les permita tener conductas sexuales.

- A los ancianos no les interesa el sexo.

- Los viejos que se interesan por el sexo son unos viejos verdes, unos depravados.

- El sexo es perjudicial para la salud, especialmente en la vejez.

- El único fin del sexo es la procreación. Cualquier otro fin es malo.

- Es indecente y de mal gusto que los ancianos manifiesten intereses sexuales.

- Las desviaciones sexuales son más frecuentes en la vejez.

La actividad sexual es una de las maneras de experimentar placer. La sexualidad es una manifestación del ser humano que incluye deseos, sensaciones



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

y sentimientos que se manifiestan de diferentes formas placenteras a nivel físico y psicológico y que pueden abarcar desde las caricias, el atraer, enamorar, el vincularse, pasando por la actividad coital y llegando hasta el sexo oral incluyendo cualquier otra posibilidad que las personas descubran según sus propias pautas de comportamiento sexual.

Los cambios fisiológicos se manifiestan de forma diferente en el hombre que en la mujer. En la mujer por la reducción estrogénica hay un

- Cambio en el tamaño vaginal. Disminuye y se estrecha.

- Adelgazamiento de las paredes vaginales

- Pérdida de la elasticidad y lubricación vaginal.

- Retracción de los ovarios

- pH mas alcalino en la mucosa vaginal.

- Disminución de la vasocongestión del clítoris, los labios y la plataforma vaginal en la respuesta sexual.

- Disminución de los senos en tamaño y turgencia.

- Fase de excitación sexual mas lenta



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

- *Orgasmo mas corto y menos intenso*

Si la relación sexual se pretende llevarla a cabo sin tener en cuenta estas modificaciones aparece en la penetración dolor en la mujer debido al adelgazamiento de la mucosa vaginal y a la menor capacidad de distensión de la vagina, así como por la disminución de la lubricación.

En el hombre de edad avanzada por la reducción androgénica se produce:

- *Disminución de la testosterona.*

- *Disminución del moco precoital*

- *Disminución del esperma.*

- *Disminución de la viscosidad del líquido eyaculado*

- *Reducción del tamaño y firmeza de los testículos*

- *Menor elevación de los testículos y mas lentamente en la respuesta sexual.*

- *Aumento del grosor de la membrana de los túbulos testiculares.*

- *Ampliación del periodo refractario.*

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

- *Orgasmo mas corto y menos intenso.*

Si la persona de edad avanzada tiene en cuenta los cambios que se producen , acepta estos cambios como parte del proceso vital, mantiene una actitud positiva hacia la actividad sexual y se permite seguir disfrutando de ella, va a incidir en una mayor autoestima, en un equilibrio físico y psicológico, y en definitiva en considerar la vejez como una etapa mas de la vida.

I.3.4.c.2) Fase de entrenamiento

Como se recoge en el punto I.3.4.c, cada sesión consta de tres bloques, basándonos en el programa de intervención comportamental-educativa para la salud del modelo de competencia de Albee(1980),: el primero es el entrenamiento en relajación muscular progresiva de Bernstein y Borkovec.

El segundo es el ejercicio físico. Este se lleva a cabo durante 30-35 minutos. Es de destacar que este ejercicio se realiza de una forma gradual, incrementando progresivamente el tiempo, hasta llegar al previsto, y haciendo hincapié en que en ninguno de los movimientos deben de hacerse daño, cuidando este aspecto con especial atención. No nos interesa formar atletas, sino lograr la consecución de los objetivos expuestos anteriormente.

El tercer apartado es la parte teórica o de información, donde se van introduciendo los elementos teóricos necesarios , apoyados con los pictogramas y retroproyectados en una pantalla que se distribuye de la siguiente manera. Se dedica a: revisar los aspectos de la sesión anterior, así como las tareas para realizar en casa; analizar las dificultades surgidas en la aplicación de las tareas; recoger la incidencia que los contenidos teóricos y prácticos tienen sobre sus vidas diarias, cómo les influye; discutir en grupo sobre los mismos; exposición del tema; ensayo de las habilidades aprendidas o discusión de cómo se podrían llevar a cabo y por último, asignación de tareas para la casa.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Los principios activos de aprendizaje utilizados en casa sesión son:
Instrucciones; Modelado; Ensayo de Conducta; Refuerzo discriminativo; Feed-back y Práctica.

En las **Instrucciones** el monitor enseña los pasos que conlleva el aprendizaje de las estrategias, en el **Modelado**, el monitor ensaya frente al grupo las estrategias que se van incorporando; en el **Ensayo de Conducta**, los participantes, realizan la tarea *in situ*; en el **Refuerzo Discriminativo**, se proporcionan verbalizaciones de aprobación por parte del monitor y de los participantes de los aspectos positivos; en el **Feed-back**, el monitor brinda la información adecuada para que el sujeto emmiende los errores y en la **Práctica**, realizada mediante las tareas en casa. En las 10 sesiones primeras, seguimos el esquema que sobre el entrenamiento en Habilidades de memoria, realizó Fdez-Ballesteros (1992).

En la primera sesión se proporcionan los objetivos del curso, la metodología que se va a utilizar, así como la estructura temporal de cada una de las sesiones.

Se hace hincapié sobre los estereotipos que existen sobre la vejez(*Los ancianos son rígidos, los ancianos siempre están enfermos, los ancianos están "chocheando"*), así como se les proporciona información empírica y contrastadas de las investigaciones que sobre la vejez se han realizado, así como la importancia de la alimentación de los alimentos que se ingieren, de la forma de hacerlo(pausadamente, masticando bien), de la necesidad de ingerir la cantidad de líquidos adecuada, y de disminuir la cantidad de sal diaria en la dieta.

La segunda y tercera sesiones tienen como tema principal el papel que la atención juega en el funcionamiento de la memoria, así como la importancia de la misma en la ejecución de acciones de la vida diaria. Los ejercicios que se realizan en estas dos sesiones se encaminan a que los sujetos recuperen el control que

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

ejercen sobre las acciones de carácter habitual, esto es romper la cadena de acciones que se realizan automáticamente multitud de veces y traspasarlas a un plano consciente. Para conseguir este objetivo, en primer lugar, se discute sobre los peligros que la rutina y la automatización que nuestras acciones pueden provocar, al alejar de nosotros el control voluntario que ejercemos sobre ellas.

En esta misma sesión, se vuelven a recordar los alimentos básicos y se proporciona información sobre la regulación del tránsito intestinal, y cómo aprovechar el aumento del peristaltismo en los veinte minutos posteriores a la ingesta que se producen en el intestino, para proceder a la evacuación en ese momento y no demorarlo.

También se comienza la explicación de los efectos del pensamiento, sobre los sentimientos y la conducta de la persona, trabajando con el esquema de la Terapia Racional Emotiva de Ellis, (1990)

La cuarta y la quinta sesiones se emplean para acceder al uso de las ayudas externas e internas.

Las ayudas externas son recursos que extraemos del medio circundante con objeto de retener información más o menos difícil de recordar. Los principales tipos de ayuda son : las personas que conviven con el individuo,; los objetos(calendarios, agendas) que pueden servir de recordatorio; y ciertas acciones que por sí solas pueden ayudar a una buena ejecución de la memoria(p. ej. colocar las pastillas que se han de tomar en el desayuno, junto al vaso de la leche de la mañana; colocar el rollo de cartón del papel higiénico junto a la puerta de la casa, para acordarse que se ha terminado).

Las ayudas internas están basadas en el poder de la imaginación y de la asociación que los participantes tienen para representar escenas, acontecimientos,

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

palabras, por lo que se entrena a los participantes en el empleo de las imágenes visuales como paso básico y previo al uso de las distintas estrategias mnésicas. Se utiliza el **método de Loci**, donde se le pide al sujeto que imagine su casa y que reconstruya cada uno de los elementos de la casa asociado con la lista de cosas que quiere recordar. (p.ej. se le pide que imagine que la puerta de su casa está hecha de garbanzos, que la entrada tiene todo el suelo lleno de azúcar, que la mesa de la cocina está hecha de alcachofas, y así sucesivamente). Luego cuando quiera recordar las cosas que quiere comprar, solamente tiene que volver a entrar de forma imaginada en la casa e ir recordando cada uno de los elementos. Es importante que la imagen sea lo más vívida y nítida posible.

En estas cuarta y quinta sesiones se presenta el control de estímulos para disminuir el problema de insomnio, y se le dan instrucciones claras de qué hacer cuando no se pueden dormir al irse a la cama (no empeñarse en dormir, recordando el proverbio chino "el que se empeña en dormir, permanece despierto"; si a la media hora no se han dormido, levantarse de la cama, tomar algo caliente y ponerse con una actividad placentera que no la estimule y cuando noten que tienen sueño, volver a dormir a la cama; no utilizar la cama más que para dormir o mantener relaciones sexuales y nunca para leer, o hacer exámenes de conciencia, o plantear problemas del día siguiente, etc.).

La sexta y séptima sesiones son una ampliación de las anteriores, realizándose nuevos ejercicios de imágenes visuales, así como con el control de estímulos para promover el sueño y prevenir el insomnio y con la alimentación.

La octava y la novena sesiones se trabaja con la técnica de **Agrupamiento**. El objetivo es integrar dígitos en una unidad de información (chunk), de manera que sea más fácil el recuerdo. Aunque la capacidad de memoria primaria es tan sólo de 4-5 dígitos, ésta puede aumentarse mediante el agrupamiento de la información que se quiere recordar, mejorando la organización del material, al registrar la información en cadena de mayor longitud. Es lo que se hace por ejemplo para recordar los números de teléfono de los hijos o de los familiares a los

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

que se quiere llamar. Para ello, se les entrena a agrupar los dígitos, a repetirlos en voz alta y posteriormente la repetición subvocal. Además, para facilitar el recuerdo de los números se recomienda la imaginación de los mismos, evocándolos posteriormente.

La décima sesión consiste en el entrenamiento en el **Recuerdo de Nombres**. Se les instruye para que escuche atentamente durante la presentación y también para que, en el caso de que más tarde no consiguiera recordarlos, pregunte éste y lo repita en voz alta.

En la undécima y duodécima sesión, se hace hincapié sobre la importancia del ejercicio físico y la conveniencia de seguir practicándolo en casa y una vez finalizado el programa. Se anima a los participantes a que sigan reuniéndose en grupo, incluso sin el monitor para continuar realizando el ejercicio físico.

Se les explica el modelo de la depresión de Levhinson, de Ellis, y de Carrobbles sobre la depresión, y se les propone la realización de actividades placenteras de forma diaria.

En las sesiones 13 y 14, se trabaja sobre las relaciones sexuales en la vejez, en los cambios fisiológicos que se producen en la anatomía y fisiología masculina y femenina, y cómo esos cambios modulan, pero no anulan la relación sexual .

Se trabaja el modelo de relaciones interpersonales, como una forma de obtener relación social placentera, según el modelo de Caballo(1993).

Por último, en las 15 y 16 sesiones, se realiza una recompilación de todo lo dado hasta entonces, utilizando la mayor parte del tiempo en la realización de



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

ejercicios, en la resolución de las dudas, aclaración de conceptos, y en la resolución de problemas.

I.3.4.c.3) Aplicación. Tareas para casa.

Las tareas que se les dan para realizar en casa son las siguientes:

1) Realizar diariamente el entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson.

2) Realizar diariamente la tabla de ejercicios físicos en orden creciente, durante media hora aproximadamente y haciendo los ejercicios sin hacerse nunca daño.

3) Ir introduciendo progresivamente los alimentos que no tomaban en la dieta diaria, ir ingiriendo la cantidad de agua adecuada, e ir disminuyendo un poco la cantidad de sal que consumen.

I.3.4.d) Variables medidas

Se han medido 116 variables en cada individuo antes y después del tratamiento. Se recoge el sexo, la edad (**EDAD**), el estado civil (**EC**) (soltera, casada, viuda o separada) y el grado de alfabetización (**ESTUDIOS**) (sabe leer y escribir, o no sabe y se registra como alfabeto o analfabeto, respectivamente). El número global de quejas (**NQ**), y si entre ellas se encuentra o no, la referida a la disminución o pérdida de memoria (**QUEJA**). Si se encuentra se registra como 1 y si no se queja de problema de memoria, se registra como 0.

Si se ha quejado de algún dolor, se evalúa en primer lugar el que ha referido el primero, (**DOLOR1\$**) indicando la localización; la frecuencia (**FREC1**) expresada en días en la semana que lo tiene; la duración (**DURA1**) expresado en horas por día; la intensidad (**INTENSID1**), valorada en una escala

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816

Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

analógico visual de 10 ctms. de longitud donde el sujeto marca con un bolígrafo la intensidad que tiene para él mismo el dolor, y que posteriormente es medida con una regla graduada en centímetros; por último, el número de calmantes que utiliza por día, referido en días (**CALMA1**).

Si el sujeto se queja de un segundo dolor, se evalúa con las siguientes variables del mismo modo, (**DOLOR2**), (**FREC2**), (**DURA2**), (**INTENS2**) y (**CALMA2**).

El número de veces que evacúa al día/semana, se registra en la variable (**EVACUA**) y la medicación laxante se registra con 0 si no toma ninguno y con el número de laxante (**LAXA**) al día referido a la semana, si toma alguno.

Se evalúa la presencia o no de insomnio primario (**INSOM1**), secundario (**INSOM2**) y terciario (**INSOM3**), y la ingestión de somníferos o hipnóticos (**SOMNI**). Si existe trastorno se registra como 1 y si no existe, se registra como 0. Si toma somníferos se registra la cantidad al día que ingiere y si no toma ninguno, como 0.

Se evalúa si con las rodillas estiradas, y estando de pie, llega con las manos al suelo (**SUELO**), y se registra con 0 si dice que no llega nunca, con 1 si lo hace a veces y con 2 si lo hace siempre, y se registra lo mismo para la variable (**TROPI**), que indica si tropieza con frecuencia; si pierde el equilibrio (**ESTABI**); y si se cae, (**CAER**).

Otras variables evaluadas son: que demuestre si es capaz de abrocharse el sujetador detrás (**SUJETA**); si es capaz de tocarse la oreja del lado contrario con la mano izquierda (**ORDER**), y con la derecha (**ORIZ**); y si es capaz de coger objetos del suelo sin doblar las rodillas (**COSAS**).



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Se registra en grados, la abertura del ángulo formado por la abducción del brazo derecho (**ABD**), y por la del brazo izquierdo (**ABI**); la separación del brazo derecho (**SEPARD**) y la del izquierdo (**SEPARI**); así como la elevación del muslo derecho (**ELEVAD**), y la del izquierdo(**ELEVAI**).

También que se mantenga 5 segundos con el pie izquierdo levantado del suelo sin apoyarse (**PIED**); y luego que lo haga con el derecho (**PIEI**). Todo esto se registra con un 1 si es capaz de hacerlo, o con un 0 si no lo es.

Se registra si es capaz de bañarse sin ayuda, con parte de ayuda o si la necesita de siempre.(**DUCHA**) Y ello mismo para vestirse (**VESTIR**), para utilizar el aseo(**ASEO**), para desplazarse (**DESPLA**), para controlar esfínteres(**ESFIN**), y para comer(**COMER**). Si es capaz de hacer cada una de estas actividades sólo sin ayuda, se puntúa con un tres. Si necesita ayuda en parte, se registra con un dos y si la necesita siempre, se hace con un uno.

Tanto en el BDI como en el CAU, la puntuación se registra como 0 = si la persona estaba en desacuerdo con la afirmación; con 1= si estaba de acuerdo a veces y con un 2= si estaba totalmente de acuerdo.