



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN



CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
PSICOLOGO CLÍNICO

TEMA:

TRASTORNO SOMATOMORFO Y SINTOMAS SOMATICO
MULTIPLES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO
GERONTOLOGICO DE QUEVEDO.

AUTOR:

SOLORZANO FIGUEROA CRISTHIAN JAVIER

TUTOR:

MSC. TORO TOLOZA ELISEO EFRAIN

QUEVEDO - LOS RIOS - ECUADOR

2019



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



DEDICATORIA

La presente tesis la dedico a toda mi familia, a mi enamorada Leticia Gavilanes Cruz quien me ha brindado su apoyo incondicional durante la elaboración de esta investigación, especialmente a mi madre la Sra. Edilma Figueroa Rodríguez, a mi padre el Sr. Fernando Solórzano Mendoza ya que ellos son los pilares fundamentales en mi vida, con la ayuda que me supieron brindar desde el inicio de mis estudios, es que hoy en día me encuentro culminado la carrera universitaria, con todos los sacrificios que han realizado en la vida para que yo logre cumplir a una meta más y convertirme en un profesional y servir a la sociedad con mis conocimientos y los valores que mis padres me inculcaron en la vida.

Cada uno de ustedes han aportado grandes cosas en mi vida, y me han ayudado en la gran tarea de afrontar a la sociedad por lo que les agradezco a todos, en especial a mis padres por ser los principales benefactores del desarrollo de mi tesis.

Cristhian Javier Solórzano Figueroa



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



AGRADECIMIENTO

El amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocuparon mis padres por el avance y desarrollo de la presente tesis, simplemente es único y se refleja en la vida de un hijo, gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí, por cada consejo dado, por cada vez que me retaban cuando sentían que estaba haciendo las cosas mal, que me brindaban su amor cuando más lo necesitaba, nunca terminare de agradecerles por su ayuda, este triunfo es especialmente para mis padres, agradezco a mi hermano y mis hermanas ya que me sacaban una sonrisa con sus ocurrencias, durante los momentos más difíciles.

También le agradezco a mi enamorada por la paciencia, por saber entenderme en todo momento, por su apoyo incondicional durante la realización de la tesis, por su compañía durante las largas noches de estudios, te agradezco, por tu ayuda y aportes para el desarrollo de mi tesis, eres mi inspiración y mi motivación a los padres de mi enamorada que me abrieron la puerta de su casa y me apoyaron cuando lo necesite.

Agradezco también al CENTRO GERONTOLOGICO por abrirme sus puertas para poder realizar y poder terminar la investigación, que me había planteado desarrollar desde el inicio.

Cristhian Javier Solórzano Figueroa



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, **CRISTHIAN JAVIER SOLORZANO FIGUEROA**, portador de la cedula de ciudadanía **092824280-9**, en calidad de autor (a) del informe final del proyecto de investigación, previo a la Obtención del Título **PSICOLOGÍA CLÍNICA**, declaro que yo soy autor (a) del presente trabajo de investigación, el mismo que es original, autentico y personal, con el tema:

TRASTORNO SOMATOMORFO Y SINTOMAS SOMATICOS MULTIPLES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO DEL BUEN VIVIR DE QUEVEDO, AÑO 2019.

Por la presente autorizo a la universidad técnica de Babahoyo, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen.

CRISTHIAN JAVIER SOLORZANO FIGUEROA

C.I. 092824280-9



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



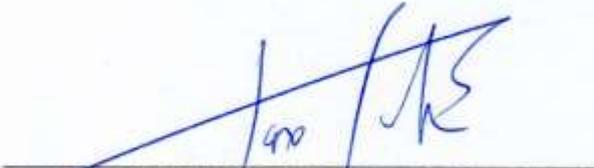
**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN PREVIA A LA SUSTENTACIÓN.**

Quevedo, 20 de Febrero del 2019

En mi calidad de Tutor del Proyecto de Investigación, designado por el Consejo Directivo con mediante resolución certifico que el **Sr. Solórzano Figueroa Cristhian Javier**, ha desarrollado el Proyecto titulado:

**TRASTORNO SOMATOMORFO Y SINTOMAS SOMATICO MULTIPLES EN LOS
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO DEL BUEN VIVIR DE
DE QUEVEDO, AÑO 2019.**

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento definitivo del Informe Final del Proyecto de Investigación y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.



MSC. ELISEO TORO TOLOZA
DOCENTE DE LA FCJSE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL INFORME
FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACION PREVIA A LA
SUSTENTACIÓN**

Quevedo, 15 de Abril del 2019

En mi calidad de Tutor del Informe Final de Investigación, designado por el consejo Directivo certifico que el Sr. **CRISTHIAN JAVIER SOLORZANO FIGUEROA**, ha desarrollado el Informe del proyecto de titulación:

**TRASTORNO SOMATOMORFO Y SINTOMAS SOMATICOS MULTIPLES EN
LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO DEL BUEN VIVIR
DE QUEVEDO, AÑO 2019.**

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento definitivo del Informe Final del Proyecto de Investigación y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.



LCDO. ELISEO EFRAÍN TORO TOLOZA, MSC.
DOCENTE DE LA FCJSE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



**RESULTADO DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN**

EL TRIBUNAL EXAMINADOR DEL PRESENTE INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, TITULADO: **TRASTORNO SOMATOMORFO Y SINTOMAS SOMATICOS MULTIPLES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO DEL BUEN VIVIR DE QUEVEDO, AÑO 2019.**

PRESENTADO POR EL SEÑOR: CRISTHIAN JAVIER SOLÓRZANO FIGUEROA

OTORGA LA CALIFICACIÓN DE:

nueve punto veintitrés (9.23)

EQUIVALENTE A:

sobresaliente.

TRIBUNAL:

MSC. HECTOR PLAZA ALBAN
DELEGADO DE LA DECANA

MSC. WALTER CHANG
MUÑOZ
PROFESOR ESPECIALISTA

MBA. WILSON BRIONES CAICEDO
DELEGADO DEL CIDE

ABG. ISELA BERRUZ
MOSQUERA
SECRETARIA DE LA
FAC.CC.JJ.EE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



Quevedo, 17 de Abril del 2019

INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND

En mi calidad de Tutor del Informe Final del Proyecto de Investigación del Sr.: **CRISTHIAN JAVIER SOLORZANO FIGUEROA**, cuyo tema es: **TRASTORNO SOMATOMORFO Y SINTOMAS SOMATICOS MULTIPLES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO DEL BUEN VIVIR DE QUEVEDO, AÑO 2019**, certifico que este trabajo investigativo fue analizado por el Sistema Antiplagio Urkund, obteniendo como porcentaje de similitud de 2%, resultados que evidenciaron las fuentes principales y secundarias que se deben considerar para ser citadas y referenciadas de acuerdo a las normas de redacción adoptadas por la institución.

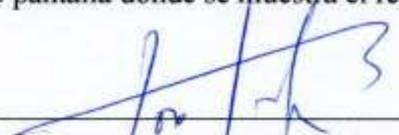
Considerando que, en el Informe Final el porcentaje máximo permitido es el 10% de similitud, queda aprobado para su publicación.

URKUND

Documento	informe a subir urkund.docx (D50768368)
Presentado	2019-04-17 02:53 (-05:00)
Presentado por	javiersolorzano508@gmail.com
Recibido	etoro@utb@analysis.arkund.com
Mensaje	Mostrar el mensaje completo

2% de estas 32 páginas, se componen de texto presente en 7 fuentes.

Po lo adjunta una captura de pantalla donde se muestra el resultado del porcentaje indicado



LCDO. ELISEO EFRAÍN TORO TOLOZA, MSC.
DOCENTE DE LA FCJSE

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
AUTORIZACION DE LA AUTORIA INTELECTUAL	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA SUSTENCION	v
CERTIFICADO DE APROVACION DEL TUTPR DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACION PREVIA A LA SUSTENCION	vi
RESULTADOS DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACION	vii
INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND	viii
INDICE GENERAL	ix
INDICE DE TABLA	xii
INDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN	xiii
SUMMARY	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1 DEL PROBLEMA	3
IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN	3
MARCO CONCEPTUAL	3
1.2.1. Contexto Internacional	3
1.2.2. Contexto Nacional	8
1.2.3. Contexto Local	10
1.2.4. Contexto Institucional	11
1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	12
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.4.1. Problema General	13
1.4.2. Subproblemas	13
1.5. DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.6. JUSTIFICACIÓN	15
1.7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
	ix

1.7.1. Objetivo General	16
1.7.2. Objetivo Específico	16
CAPÍTULO II.- MARCO TEORICO O REFERENCIAL	17
2.1. MARCO TEÓRICO.	17
2.1.1. Marco Conceptual.	17
2.1.2. Marco referencial sobre la problemática de investigación.	29
2.1.2.1. Antecedentes Investigativos.	29
2.1.2.2. Categorías de análisis.	37
2.1.3. Postura teórica.	38
2.2. HIPÓTESIS.	40
2.2.1. Hipótesis general.	40
2.2.2. Subhipótesis o derivadas.	40
2.2.3. Variables.	40
CAPÍTULO III.	41
3.1.Resultados obtenidos de la investigación	41
3.1.1 Pruebas estadísticas aplicadas	41
3.1.2 Análisis e interpretación de datos	42
3.2Conclusiones Generales	Y
Específicas	48
3.2.1 Conclusión general	48
3.2.2 Conclusiones específicas	48
3.3Recomendaciones Generales	Y
Específicas	49
3.3.1 Recomendación general	49
3.3.2 Recomendaciones específicas	49
CAPITULO IV.- PROPUESTA DE APLICACIÓN	50
4.1Propuesta de aplicación de resultados	50
4.1.1 Alternativa obtenida	50

4.1.2	Alcance de la alternativa		50
4.1.3	Aspectos básicos de la alternativa		51
4.1.3.1	Antecedentes		51
4.1.3.2	Justificación		52
4.2.		Objeti	53
4.2.1.	General		53
4.2.2.	Específicos		53
4.3.	Estructura general de la propuesta		54
4.3.1	Título		54
4.3.2.	Componentes		54
4.4	Resultados esperados de la alternativa		87
	BIBLIOGRAFÍA		88
	Anexos		91

INDICE DE TABLA

Tabla 1	42
Tabla 2	43
Tabla 3	44
Tabla 4	45
Tabla 5	46
Tabla 6	47
Tabla 7	93
Tabla 8	94
Tabla 9	95
Tabla 10	96
Tabla 11	97
Tabla 12	98
Tabla 13	99
Tabla 14	100
Tabla 15	101
Tabla 16	102

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	42
Gráfico 2	43
Gráfico 3	44
Gráfico 4	45
Gráfico 5	46
Gráfico 6	47
Gráfico 7	93
Gráfico 8	94
Gráfico 9	95
Gráfico 10	96
Gráfico 11	97
Gráfico 12	98
Gráfico 13	99
Gráfico 14	100
Gráfico 15	101
Gráfico 16	102



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



RESUMEN

Este trabajo se enfoca, en la realidad que se presenta durante la tercera etapa de la vida “la vejez” donde los adultos mayores se ven frente diversos problemas de salud, que afectan la vida cotidiana de ellos, uno de estos problemas con lo que se enfrentan estas personas es la presencia del trastorno somatomorfo, el cual se presenta a través de diferentes síntomas somáticos que afecta al adulto, lo que se sabe de este trastorno es que, a pesar de los años que han pasado desde su aparición no se sabe a ciencia cierta que causa la presencia de estos síntomas que son confundidos con diferentes patologías presentadas en la adultez

El objetivo de la presente investigación es generar conocimiento a la comunidad gerontológica acerca del trastorno somatomorfo, ya que muchas veces se confunde sus síntomas con otro tipo de patología, estimular a los adultos mayores a la participación diaria de las actividades que se desarrollan en el establecimiento.

Incentivar el hábito del ejercicio en el adulto mayor para mejorar su estado de salud tanto física como mental e inclusive es esencial ya que se puede convertir en una tarea para disfrutar en familia y acercarse más o para tener un tiempo de diversión con sus amigos, se puede fomentar la actividad física en la vida diaria de los adultos mayores realizando actividades adaptadas que en la juventud les gustaba realizar.

Palabras claves: Somatomorfo, Adultos Mayores, Síntomas Somáticos, Comunidad Gerontológica.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



SUMMARY

This work focuses on the reality that occurs during the third stage of life "old age" where older adults are faced with various health problems, which affect their daily lives, one of these problems with what is face these people is the presence of somatoform disorder, which is presented through different somatic symptoms that affects the adult, what is known about this disorder is that, despite the years that have passed since its appearance is not known to science certain that causes the presence of these symptoms that are confused with different pathologies presented in adulthood

The objective of this research is to generate knowledge to the gerontological community about the somatoform disorder, since its symptoms are often confused with another type of pathology, stimulating older adults to participate daily in the activities that take place in the establishment.

Encourage the habit of exercise in the elderly to improve their physical and mental health and is even essential as it can become a task to enjoy as a family and get closer or have a fun time with friends, can encourage physical activity in the daily life of older adults by carrying out adapted activities that youth liked to perform.

Key Words: Somatomorph, Older Adults, Somatic Symptoms, Gerontological Community.

INTRODUCCIÓN

Al hablar sobre el trastorno Somatomorfo nos referimos a las diversas clasificaciones de los trastornos de orden psicológico, con síntomas físicos que no pueden ser explicados por enfermedad médica y donde cada uno de ellos presenta su respectiva explicación psicológica, estos trastornos son originados en el individuo y donde al pasar el tiempo se van consolidando y por ende sus habilidades sociales se ven afectadas, causando en la persona un desgaste notorio en sus relaciones interpersonales. Por lo general las personas no saben cómo relacionarse con otras, debido que al considerar que presentan una enfermedad cualquiera, sienten miedo de contagio o rechazo que son injustificables.

Los pacientes en los despachos médicos presentan diversos síntomas independientes de algún tipo de trastorno somatomorfo o pueden presentar trastornos somáticos menores con un componente hipocondriaco; también se menciona que constituyen una patología prevalente en la población general y en el sistema sanitario de orden privado y público, se tiene en cuenta que para la Organización Mundial de la Salud, la vida de las personas que padecen esta afección, es muy importante mejora la calidad de vida, mejorar su cultura, las norma que lo rigen, hasta sus normas y sus inquietudes.

Los trastornos psiquiátricos que en las clasificaciones se encuadran dentro del enfoque diagnóstico, como trastornos somatomorfos, constituyen un volumen importante de casos registrados en los primeros niveles de atención médica, aunque representan una dificultad diagnóstica por las similitudes de sus características clínicas. A lo largo del tiempo y bajo distintas concepciones se han tenido en cuenta estos padecimientos, influyendo casi siempre la conceptualización de mente-cuerpo y sus relaciones en su diagnóstico y tratamiento.

El trastorno de somatización ha sido el trastorno somatomorfo más rigurosamente estudiado y el mejor validado en términos de su fiabilidad diagnóstica y su estabilidad a lo largo del tiempo. Originalmente designado como histeria, el síndrome fue descrito por primera vez hace 4,000 años, siendo conceptualizado probablemente en Egipto. En la medicina egipcia se creía que el desplazamiento del útero precipitaba los síntomas; su tratamiento consistía en intentar atraer el útero errante hacia su posición original.

Freud se interesó sobre el concepto de histeria, parece ser que muchos de los principios del psicoanálisis derivaron de observaciones sobre la histeria. Los teóricos psicodinámicos postularon la operación del mecanismo de conversión de defensa del ego en la histeria. Este mecanismo fue conceptualizado como el que convertía la energía psíquica en síntomas físicos. Con el tiempo, los síntomas de conversión se asociaron con la histeria como es hasta la actualidad, relacionándose con el trastorno histérico de la personalidad.

Es decir, la persona tiene pensamientos, estados de ánimo o comportamientos inusuales o inquietantes. Sin embargo, en los trastornos somatomorfos, la principal preocupación de la persona son los síntomas físicos (somáticos, de la palabra griega soma para el cuerpo), como el dolor, la debilidad, la fatiga, las náuseas u otras sensaciones corporales. La persona puede sufrir o no un trastorno médico que causa los síntomas o que contribuye a su aparición. Sin embargo, cuando está presente un trastorno médico, la persona responde a este en exceso.

Cuando experimentan síntomas físicos, todas las personas reaccionan a nivel emocional. Sin embargo, las personas con un trastorno somatomorfo tienen pensamientos, sentimientos y comportamientos excepcionalmente intensos en respuesta a sus síntomas, para distinguir un trastorno de una reacción normal cuando uno se siente enfermo, las respuestas deben ser lo suficientemente intensas como para causar malestar significativo a la persona (y a veces a los demás) y/o hacer que a la persona le sea difícil funcionar en su vida diaria.

CAPITULO 1 DEL PROBLEMA

IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN

TRASTORNO SOMATOMORFO Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS MÚLTIPLES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE QUEVEDO AÑO 2019.

MARCO CONCEPTUAL

1.2.1. Contexto Internacional

Los pacientes que presentan trastorno somatomorfo, suelen manifestar algunos síntomas de dolencia física, sin que exista una causa que lo provoque más bien se cree que estos dolores son productos de imaginación, lo que hace que ellos sientan que padecen alguna dolencia, existe muchos centros de salud a los cuales asisten las personas somatizadores, haciendo que el personal de salud considere que los hacen perder tiempo y recursos.

Autores como torres nos menciona que este trastorno llega a contribuir entre el 50% al 70% de los pacientes que presentan algún cuadro de sintomatología con respecto a la somatización, haciendo que muchos de los pacientes presenten numerosas quejas, las cuales existen por más de 5 meses, considerando la presencia de este trastorno somatomorfo.

El autor de la presenté investigación menciona que, a nivel internacional se calcula que existe entre el 14% y el 20% de personas con trastorno somatomorfo que solicitan atención primaria, un sin número de autores como Schade, González, Beyebach, & Torres que en el (2010) nos mencionan que “Existen variadas propuestas de intervención desde las unidades de salud mental de los centros a nivel de atención primaria, las que han demostrado ser efectivas, como, por ejemplo: las terapias cognitivo-conductuales, las terapias psicodinámicas y las terapias de grupo”.

Diversos autores mencionan que los pacientes en algunos de los casos llegan a ser considerados, molesto por lo que padecen problemas de salud mental, pero ellos manifiestan que no son atendidos como se debe, por lo tanto, se consideran de esa manera, haciendo que exista una mala relación con los médicos tratantes.

Para los autores Schade, González, Beyebach, & Torres en el (2010) nos dicen que en el enfoque de la salud familiar considera una serie de premisas: que se basan sobre un modelo biopsico-social, el foco principal de la atención de salud es el usuario en el contexto familiar y comunitario; la familia es la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud; la necesidad de acompañamiento en el proceso de salud-enfermedad; el proveedor forma parte del sistema”.

También estos mismos autores Schade, González, Beyebach, & Torres en el (2010), nos mencionan que “Sin embargo, muchos de estos pacientes no aceptan ser catalogados como pacientes con problemas de salud mental, más bien señalan que el médico no le ha entregado una respuesta adecuada a su dolencia física, lo anterior incide en que la relación médico-paciente se deteriore, ya que los pacientes insisten que en su caso necesita más diagnósticos y más exámenes”.

Conociendo las características de cada paciente, algunos profesionales optan por dar consejería a la familia de las personas somatizadores, creando numerosas herramientas para que los familiares ayuden desde casa para que los pacientes no sientan que se encuentran solos y sepan que tienen el apoyo de cada miembro familiar.

Esta dificultad puede deberse, en parte, a que los médicos del equipo de atención primaria no se encuentran preparados para atender este tipo de pacientes, estos presentan problemas complejos, generalmente expresados como síntomas vagos que no pueden ser explicados por la ciencia médica, dado que su origen no está en una causa orgánica sino en las dificultades que la persona consultante tiene en su entorno, y en el que la familia juega un rol vital. (Schade, González, Beyebach, & Torres, 2010)

A partir del año 1981 se reconoce efectivamente el rol preponderante de la familia en la salud, generándose preocupación por el tema, principalmente en el ámbito de la formación de los médicos, específicamente como profesionales especialistas en medicina familiar. Posteriormente se fueron sumando otras iniciativas provenientes de universidades, de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar y de variadas propuestas locales, las que sumadas a la experiencia acumulada a nivel ministerial, generaron las condiciones para que el Ministerio de Salud, en el año 1998, pusiera en marcha el programa de atención a nivel primario denominado: Salud Familiar o Atención de salud con Enfoque Familiar (Schade, González, Beyebach, & Torres, 2010).

El Enfoque de Salud Familiar considera una serie de premisas: se basa en un modelo biopsico-social; el foco principal de la atención de salud es el usuario en el contexto familiar y comunitario; la familia es la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud; la necesidad de acompañamiento en el proceso de salud-enfermedad; el proveedor forma parte del sistema (Schade, González, Beyebach, & Torres, 2010)

Para los autores Schade, González, Beyebach, & Torres en el (2010) mencionan que: “De las premisas anteriores se desprende la necesidad en el cambio del rol del equipo de salud, el que debe asumir nuevas tareas y herramientas que le permitan dar respuesta a las nuevas demandas generadas por los pacientes, dentro de las herramientas de este enfoque, está la consejería familiar definida por el Ministerio de Salud como "la interacción entre uno o más miembros del equipo de salud con uno o más integrantes de la familia, con la intención de apoyarlos en el desarrollo de habilidades y destrezas, para que asuman y compartan la responsabilidad del autocuidado de los integrantes de la familia, del grupo como tal y del suyo propio”.

Consejería familiar y trastornos somatomorfos

Loa autores Schade, González, Beyebach, & Torres en el (2010) nos mencionan que: “Considerando las características de estos pacientes y que la consejería familiar constituye una herramienta, que puede ser usada por profesionales no especialistas en salud mental, se propuso desarrollar una consejería denominada Abordaje

Familiar Breve (AFB), que pudiera ser aplicada por los equipos de atención primaria, dicha consejería integra técnicas: rogerianas, de escucha activa, psicoeducación, mediación e intervención en crisis, y en forma especial técnicas de Terapia Breve, estas últimas fueron incorporadas a partir de una experiencia en España, en la cual se le traspasaron los conocimientos de esta terapia a médicos de familia, logrando demostrar a través de un ensayo clínico, que la Terapia Breve puede ser una alternativa efectiva en el tratamiento de pacientes con trastornos somatomorfo”

El autor de la presente investigación hace énfasis lo antes mencionado por los autores Schade, González, Beyebach, & Torres en el (2010) de que existe una consejería y que es para la familia, está basada en técnicas, que suelen ser, intervenciones en los momentos de crisis de los pacientes, pueden ser por medio de la escucha, cualquier tipo de método para la relación, también se puede utilizar lo que son terapias, estas técnicas ayudan a los familiares de los pacientes que presentan los diversos síntomas somáticos, la terapia breve es otro tipo de tratamiento, que suele ser efectivo en los pacientes somatizadores, la AFB por sus siglas, es una forma de consejería, que se caracteriza, por considerar que los pacientes somáticos, poseen la fuerza necesaria para hacerle frente a los problemas, este modelo de consejería se basa en la que ellos logren disminuir por sí mismo el número de visitas a las consultas médicas.

La AFB se caracteriza por presentar tres etapas de consejería familiar, las cuales están dirigidas a la atención de los pacientes que presenta numerosos síntomas somáticos, la primera etapa es la pre consejería la cual se especializa en conocer acerca de la problemática, la segunda es la consejería, en esta etapa se conoce que existe diferentes sub etapas, que van desde la construcción de las necesidades del paciente hasta la reflexión y análisis, para conocer el tipo de abordaje que se implementara, existe una tercera sub etapa la cual está encaminada a la entrega de información acerca de los diversos programas, la orientación e intervención terapéutica, por último se encuentra la post consejería, en la cual se tendrá en cuentas todos los aspectos que presenta el paciente.

El Abordaje Familiar Breve (AFB) es un modelo de consejería que recoge las premisas del Enfoque de Salud Familiar y trabaja con el supuesto de que los pacientes tienen los recursos y las fuerzas suficientes para resolver sus problemas. Se trabaja en función de objetivos que ellos desean conseguir, lo que se ha visto en Terapia

Breve, es que esta puede ser más rentable en el tiempo, ya que acorta el número de intervenciones y otorga una pronta sensación de alivio a los pacientes, el modelo AFB tiene sus fundamentos en: la teoría General de los Sistemas, el Constructivismo, la teoría de la Comunicación Humana, la Cibernética y la Terapia Breve. (Schade, González, Beyebach, & Torres, 2010)

El modelo AFB comprende tres grandes etapas: la pre-consejería, la consejería y la post-consejería familiar:

1. La pre-consejería familiar tiene como objetivo, por parte del profesional, la interiorización acerca del caso antes de ser intervenido.
2. La Consejería familiar tiene varias sub-etapas:
 - 2.1. La primera sub-etapa comprende la construcción de la relación lo que corresponde al contacto social con la familia o el paciente, que incluye la actualización o creación del genograma, el conocimiento de las necesidades, peticiones y quejas del paciente. En esta sub-etapa se deben definir los objetivos de la familia o paciente con relación a lo que desean conseguir con la consejería.
 - 2.2. La segunda sub-etapa se denomina reflexión y análisis para la toma de decisiones, en la cual se sugiere que el consejero haga una reflexión en solitario o con sus colegas, los que pueden estar detrás de una sala espejo, para buscar la mejor forma de ayudar a estas personas o familia. Con dicha reflexión se deberá tomar la decisión del tipo de abordaje a utilizar.
 - 2.3. La tercera sub-etapa corresponde al abordaje que puede ser: informativo, orientativo o estratégico.
 - Abordaje informativo, consiste en entregar información lo más adecuada posible al nivel de comprensión del paciente, por ejemplo: información acerca de los programas que se desarrollan en el centro de salud.

- Abordaje orientativo plantea entregar un "consejo u orientación", es decir entregar directrices y psicoeducación, por ejemplo, acerca de crisis normativas y no normativas del ciclo vital, conductas de autocuidado, manejo familiar de pacientes crónicos, entre otros.
- Abordaje estratégico, se concibe como una intervención que incorpora esencialmente técnicas de la Terapias Breves como la búsqueda de excepciones, la pregunta milagro, cambios pretratamiento, entre otras.

2.4. Cuarta sub-etapa corresponde a la negociación, asignación de tareas y establecimiento de un contrato. En esta sub-etapa se entrega al paciente un elogio que reconozca las fortalezas de la familia, de tal forma que los haga sentirse capaces de realizar las tareas o indicaciones que se desprenden de la aplicación de uno o varios de los abordajes. Finalmente, se negocia y se establece el contrato para futuros encuentros.

3. Post-consejería: corresponde a la tercera etapa, en la que con posterioridad a la intervención el consejero anota los aspectos centrales y la fecha de la nueva citación.

1.2.2. Contexto Nacional

En el Ecuador, existe una dependencia del Ministerio de Salud Pública a nivel central encargada de brindar asesoría a las autoridades del Ministerio sobre políticas y legislación en salud mental. Esta dependencia está involucrada en la planificación, coordinación y supervisión de los servicios de salud mental del país y en la capacitación del personal que trabaja en dichas unidades y en investigaciones muy puntuales. (Barreto, 2008)

Los servicios de salud mental no están organizados de manera regionalizada y en forma equitativa de acuerdo con las necesidades de la población, por el contrario, es evidente una concentración en las grandes ciudades del país como son: Quito, Guayaquil y Cuenca, existiendo zonas en las que no se brinda atención en este campo. Los servicios existentes, tanto públicos como privados no mantienen ningún

sistema permanente de coordinación entre sí, ni con otros servicios del sistema de salud. (Barreto, 2008)

Existen dos hospitales psiquiátricos dependientes del Ministerio de Salud Pública, ambos ubicados en la ciudad de Quito. En la misma ciudad, cuatro hospitales de especialidades ofrecen servicios de atención en salud mental y psiquiatría tanto ambulatoria como bajo internamiento de corta duración. Uno de dichos hospitales es exclusivo para niños y adolescentes. En dos centros de salud se da atención de salud mental y psiquiatría a pacientes ambulatorios y adicionalmente hay una unidad no vinculada a ningún servicio que proporciona atención a pacientes ambulatorios. (Barreto, 2008)

El sistema de salud del Ecuador se caracteriza por su segmentación, coexisten los sistemas de Salud Pública, dependiente del Ministerio del ramo, que ejecuta intervenciones de salud pública y mantiene una red de servicios asistenciales para la mayor parte de la población; el de la Seguridad Social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal; el de las Fuerza Armadas y Policía para los miembros de estas instituciones y sus familiares, SOLCA, entidad de derecho privado pero que recibe rentas del sector público y atiende a los pacientes enfermos de cáncer y los servicios privados para la población de mayor poder adquisitivo. En la Provincia del Guayas, la más poblada del país, la gran mayoría de los establecimientos de atención médica dependen de la Junta de Beneficencia, financiada por la lotería nacional. (Barreto, 2008)

La Organización Mundial de la Salud en su informe del año 2001, recomienda como prioritarios los siguientes componentes en los sistemas de salud mental: Dispensar tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores; establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; desarrollar recursos humanos; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de las comunidades y apoyar nuevas investigaciones. (Barreto, 2008)

Frente a esos planteamientos el Ecuador tiene limitados logros, que se sintetizan en el desarrollo de los servicios a nivel de los Hospitales Generales y en varios centros de atención primaria; la capacitación al personal que trabaja en atención primaria; las campañas de educación al público y sobre algunos tópicos de salud mental. Le quedan muchas tareas por cumplir, entre las más urgentes: facilitar el acceso a los psicofármacos a la mayoría de los pacientes; involucrar en las acciones de salud mental a los usuarios, las familias y la comunidad y establecer vínculos formales de colaboración con otros sectores. (Barreto, 2008)

1.2.3. Contexto Local

En los últimos años, el Ministerio de Salud Pública ha impulsado la creación de Unidades de Salud Mental en los hospitales de referencia, regionales y provinciales, estas unidades cumplen con actividades de atención ambulatoria, interconsulta con pacientes ingresados a otros servicios y en forma limitada ingresan pacientes, dado que no se han asignado camas específicas para dicho fin, sino que para períodos muy cortos y en caso de urgencia se utilizan en las camas de los servicios de medicina interna o neurología, desde hace más de treinta años, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social incorporó en sus hospitales los servicios de internamiento psiquiátrico, asignando un número determinado de camas.

El gasto en salud total es de 177 dólares. Dicho gasto, presenta una gran desigualdad en relación con el tipo de cobertura. Se estima que para los afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS es de 145 dólares mientras que para la población subsidiaria del Ministerio de Salud Pública “MSP” es de 33 dólares, es decir una cuarta parte quienes se atienden a nivel privado tienen un gasto mucho más alto que el de la Seguridad Social, el Presupuesto del Ministerio de Salud Pública corresponde al 6% del presupuesto general del estado en relación con el PIB es el 1.47%

Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales, indígena en su mayoría. La aplicación de las políticas de reducción del Estado a partir de la década de los 80, determinó una brusca disminución de los recursos del sector social y el de salud. Esto ha repercutido negativamente en la calidad de la atención, niveles

de cobertura, y funcionamiento de los servicios públicos que no responden adecuadamente a las necesidades sentidas y a la realidad epidemiológica de la población, especialmente en aquellas zonas más empobrecidas.

1.2.4. Contexto Institucional

No sería correcto señalar en la sociedad, exponiendo como excusa para justificar ésta prevalencia de trastornos mentales tan alta y común, a determinados grupos sociales; si bien es cierto que existen factores como habíamos mencionado anteriormente que aumentan el riesgo de padecer trastornos, no es la responsabilidad del individuo que la padece presentar una u otra patología, sino las condiciones que llevaron al individuo a la situación en la que se encuentra, misma que genera diferentes respuestas según el individuo.

En la mayoría de las poblaciones encontramos como patrón ese tabú hacia el tema de la salud mental. Se considera a la persona que padece de algún trastorno psíquico de una manera despectiva, cuando en realidad es más común de lo debido en diferentes investigaciones y por diferentes entidades, sólo que, al no existir una verdadera preocupación ni sistema para prevenir estos trastornos, tampoco existe una verdadera medida, puesto que no se toma en cuenta el estado integral de la persona, sino solo al estado físico.

En la actualidad se exige en la sociedad solo resultados, pero no se toma en cuenta condiciones ni derechos, poniendo a los individuos en un estado de estrés continuo, donde cualquier molestia o síntoma de afección tanto física como psicológica debe ser ignorada aún por la misma persona afectada, porque sencillamente el que se enferma no tiene derecho a trabajar ni contribuir, no tendrá oportunidad ni lugar en la sociedad y como si eso fuera poco, tampoco tendrá apoyo en su familia ni círculo social, porque será tildado de “loco”, “enfermo mental”, alguien con quien es difícil e inútil convivir y tratar, donde la misma persona tiene la culpa de su enfermedad, y en lugar de ser acogida y considerada es rechazada y puesta de lado debido a que “no dará lo que se espera de él”, no será funcional ni productivo para la comunidad, y además será simplemente una carga.

1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Actualmente existe una serie de inconvenientes, los que se hace frente desde el ámbito social, los trastornos mentales y del comportamiento los cuales son indicadores concretos que demuestran la importancia de la salud mental de las personas y de la sociedad, como de la falta de servicios de salud orientados a la atención primaria. El creciente deterioro de la salud mental a escala mundial no solo se debe a factores individuales, sino a condiciones y factores psicosociales que vulneran a las personas, tales como: desastres que van desde: fenómenos climáticos, sociales, económicos y laborales, altos índices de pobreza, accidentes, secuestros, etc.

Los trastornos somatomorfos son un grupo de enfermedades caracterizadas por diversas molestias, la evaluación de cuadros clínicos que no siguen un patrón característico compatible con un trastorno mental es difícil y, entre ellos, están los trastornos Somatomorfo. En el 2000, la Organización Mundial para la Salud valoró que existía más de 350 millones de personas con algún trastorno mental o del comportamiento. La incidencia y prevalencia de estos sufrimientos varía por distintos factores. La presencia de estos trastornos ha sido reportada en varios países atribuyéndoseles esencialmente a factores socioculturales.

Así que la exploración de este trastorno, es el primer paso para diseñar una respuesta integral, que contribuya a la prevención de este problema. En este sentido, la propuesta de la atención primaria en salud mental comunitaria: “Salud mental para todos y todas” consiste en estrategias de salud mental que tienen como propósito, prevención, tratamiento y rehabilitación de todas los pacientes con problemas de salud mental, como la atención centrada desde la comunidad, ambas propuestas, constituyen una nueva estrategia para abordar los problemas y necesidades de salud mental a nivel gubernamental y no gubernamental.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.4.1. Problema General

¿De qué manera el trastorno somatomorfo influye en los síntomas somáticos múltiples en los adultos mayores del centro gerontológico del buen vivir de Quevedo, año 2019?

1.4.2. Subproblemas

¿Qué tipo trastornos somatomorfos se relacionan síntomas somáticos de los adultos mayores del centro gerontológico?

¿De qué manera influyen los tipos de trastorno somatomorfo en el comportamiento de los adultos mayores del centro gerontológico?

¿Cómo un plan de intervención psicológica, evitara que el trastorno somatomorfo influya en las relaciones personales de los adultos mayores del centro gerontológico?

1.5. DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se efectuará en el centro Gerontológico Del Buen Vivir De Quevedo, Año 2019.

Área: trastorno somatomorfo.

Campo: En la salud mental.

Línea de investigación de la universidad: Educación y desarrollo social.

Línea de investigación de la facultad: Talento humano educación y docencia.

Línea de investigación de la carrera: Prevención y diagnóstico.

Sublínea de investigación: Funcionamiento socio afectivo en el ámbito familiar.

Delimitación temporal: Esta investigación se realizará de Enero a Mayo en el año 2019.

Delimitación demográfica: Los beneficios de esta investigación son: adultos mayores, familias y personal administrativo, del centro Gerontológico, en Quevedo.

1.6. JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto se lo realizo porque se evidencia diversas variables sobre los trastornos somatomorfo, cada clasificación representa un mundo distinto y lleno de tantos síntomas que desbordan un significado patológico de la misma manera todos estos trastornos son un limitante en las relaciones sociales para las personas; siendo este un punto fundamental para la realización del presente proyecto investigativo.

La presente investigación sobre el trastorno somatomorfo en el centro Gerontológico “Del Buen Vivir De Quevedo” tiene como principal interés, proporcionar a la comunidad educativa, psicológica, gerontológica, y médica, datos actuales sobre el trastorno somatomorfo y como este puede presentarse en la edad adulta mayor, constituyendo así un referente importante al momento de tratar con el adulto mayor y enfrentar las diferentes interrogantes que surgen del entorno a su salud mental y física.

Actualmente se debe conocer acerca de la realidad psicológico-social de los adultos mayores que nos permita analizar los posibles efectos que surgen del trastorno somatomorfo que se presentan en el comportamiento debido a diferentes factores dañinos que intervienen en él, provocando una inestabilidad emocional.

Con esta investigación se logrará beneficiar a los adultos mayores del centro gerontológico de Quevedo para obtener un mejor comportamiento mediante enseñanzas en valores, orientación y comunicación adecuada que ayudará a potencializar el entorno familiar, educativo y con la comunidad.

1.7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. Objetivo General

Determinar la influencia del trastorno somatomorfo en los síntomas somáticos múltiples en los adultos mayores del centro gerontológico del buen vivir de Quevedo.

1.7.2. Objetivo Específico

Analizar el tipo de trastorno somatomorfo que inciden en los síntomas somáticos en los adultos mayores.

Identificar cuál es el tipo de trastorno somatomorfo que más afecta a las personas adultas mayores.

Proponer un plan intervención psicológica para evitar que el trastorno somatomorfo afecte las relaciones personales del adulto mayor en el centro gerontológico del buen vivir.

CAPÍTULO II.- MARCO TEORICO O REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO.

2.1.1. Marco Conceptual.

Trastorno Somatomorfo

El trastorno somatomorfo durante años ha sido el foco de atención primordial, en la atención médica, porque las personas que la padecen, presentan diversas sintomatologías que afectan tanto las relaciones personales como también problemas físicos como dolor de estómago y en muchos casos síntomas físicos como pérdida del hambre, diarrea, fatiga.

TIPOS DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS

1. Trastorno Somatomorfo Indiferenciado

Este trastorno somatomorfo ha sido estudiado, investigado desde ya hace años, sin conocer cuáles son las causas o factores que generan aparición de los síntomas, se cree que este trastorno ha sido originalmente, conocido en Egipto ya hace más de 300 años, por lo que se entiende que esta problemática tiene tiempo, sin que se haya podido conocer en si cual es la causa para que las personas padezcan esta patología.

El aspecto esencial del trastorno somatomorfo indiferenciado es la presencia de uno o más síntomas médicos clínicamente significativos que no tienen una explicación orgánica, con una duración de seis o más meses y que no se pueden explicar a través de otro trastorno mental. De hecho, esta categoría sirve para capturar síndromes que se asemejan al trastorno de somatización, pero que no cumplen todos los criterios (Navarro, Trastornos somatomorfos, 2009).

Este trastorno se especializa por:

- Presentar varios síntomas físicos de dolor, los síntomas van desde fatiga, anorexia hasta problemas urinarios.
- Estos síntomas no son fingidos.
- La duración de este, puede ser de seis meses o inclusive por más tiempo.
- En este trastorno se considera que existe una relación entre el abuso sexual y la somatización.

2. Trastorno De Conversión

La conversión es el proceso mediante el cual una persona convierte involuntariamente un conflicto emocional en uno o más síntomas neurológicos, usualmente en el sistema motor voluntario, sensitivo o ambos, raramente se presenta en niños menores de diez años o en adultos mayores de treinta y cinco, es también más frecuente en las mujeres, con una proporción hasta de 10 a 1, estando relacionada su aparición con eventos vitales altamente estresantes para el individuo. (Muñoz, 2009)

Dimsdale, en el (2018) mención que “A menudo, los síntomas del trastorno de conversión aparecen bruscamente y el inicio puede estar relacionado con un suceso estresante, típicamente, los síntomas incluyen déficits aparentes de la función motora voluntaria o sensitiva, pero a veces incluyen movimientos temblorosos, consciencia deteriorada y posturas anormales de las extremidades, por ejemplo, los pacientes pueden presentar deterioro de la coordinación o el equilibrio, debilidad, parálisis de un brazo o una pierna, pérdida de sensibilidad en una parte del cuerpo, convulsiones, falta de respuesta, ceguera, diplopía, sordera, afonía, dificultad para tragar, sensación de una masa en la garganta y retención urinaria”.

Criterios diagnósticos:

- Pérdida o alteración de la función motora o sensitiva voluntaria que indica un trastorno neurológico o médico de otro tipo (por. Ejm: parálisis, anestesia, parestesias, ataxia, ceguera o convulsiones).
- Los síntomas no se ajustan a patrones anatómicos o mecanismos fisiológicos conocidos.
- Los factores psicológicos se consideran asociados al inicio o exacerbación de los síntomas. Sin embargo, los criterios actuales no exigen la demostración de una relación simbólica específica entre los síntomas físicos y un factor psicológico estresante.
- Los síntomas no se provocan conscientemente.
- Los síntomas no son el resultado de una enfermedad médica, un consumo de sustancias psicoactivas o un comportamiento culturalmente sancionado.
- El síntoma causa sufrimiento o deterioro funcional. Los síntomas no se limitan a dolor o disfunción sexual.
- Ningún otro trastorno psiquiátrico explica mejor los síntomas.

PREVALENCIA:

- Se estima una prevalencia en la práctica médica ambulatoria entre el 1 y 3% de las visitas. Es significativamente más frecuente en las mujeres.
- Es más prevalente en poblaciones rurales, países en vías de desarrollo y contextos con un estado socioeconómico y conocimiento médico más bajo.
- Los síntomas pseudoneurológico clásicos, como la pérdida de la función de una extremidad, son inusuales.

- Otros síntomas de conversión menos espectaculares (por. Ejm: dolor torácico antes el fallecimiento de un familiar por crisis cardíaca) son más frecuentes.
- Muchos autores consideran que las crisis no epilépticas psicógenas (pseudocrisis) son una manifestación frecuente del trastorno de conversión.

3. Hipocondría

El rasgo esencial de la hipocondriasis es una exagerada y ansiosa preocupación o un manifiesto temor o la idea de tener una severa enfermedad, basada en la presencia de molestias o alteraciones del funcionamiento normal que el paciente interpreta como indicadores de un padecimiento serio. El paciente suele mantener una conducta de autoobservación constante, sin modificar sus opiniones ni su comportamiento de búsqueda de atención profesional, a pesar que las evaluaciones médicas, solicitadas persistentemente, son negativas, y de las explicaciones que el médico pueda aportar como prueba de lo infundado de sus temores. (Navarro, 2009)

Este trastorno se caracteriza por que los pacientes sienten miedo de sufrir alguna enfermedad, esta creencia se da cuando existe una mala interpretación de los síntomas y que no se dé un buen diagnóstico médico, por lo que los pacientes se sienten molesto y buscan intensamente quien los pueda ayudar, aunque diversas pruebas demuestran que no padecen ningún síntoma, entre el 3% y el 6% de la población sienten que no son atendidos como ellos lo esperaban.

PREVALENCIA:

- Los cálculos de prevalencia en la práctica médica general ambulatorio oscilan entre el 4 y el 9%

4. Trastorno Por Dolor

Se presenta cuando el síntoma principal del paciente es dolor en uno o más sitios anatómicos del cuerpo, lo suficientemente severo para ameritar consulta médica. Hay marcada interferencia con el funcionamiento habitual del individuo, pues el síntoma se convierte en una preocupación permanente y se logra establecer que los factores psicológicos son los principales responsables en la iniciación, intensificación y mantenimiento del síntoma. (Muñoz, 2009)

El rasgo distintivo de este cuadro es el dolor, síntoma que predomina y es de suficiente severidad como para justificar la atención clínica. El dolor puede desorganizar seriamente la vida diaria del paciente y su conducta, encontrándose, en las formas crónicas, desempleo, incapacidad y problemas familiares, pudiendo desarrollarse dependencia o abuso iatrogénico de opioides y benzodiazepinas. (Navarro, 2009)

Hay dos subtipos:

- Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos, en el que se cree que los trastornos médicos identificables desempeñan una función escasa o nula en el inicio, intensidad o persistencia del dolor.
- Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y una enfermedad médica general, en el que intervienen ambos factores y el dolor es desproporcionado respecto a lo que cabría esperar de la enfermedad médica aislada.

PREVALENCIA:

- Los síntomas y trastornos dolorosos son extremadamente frecuentes en la práctica médica general y psiquiátrica.
- Se asocian con frecuencia a una dependencia iatrogena de opioides y benzodiazepinas.

- El dolor crónico se asocia a menudo a síntomas depresivos

5. Somatización

Para Navarro (2009) los pacientes que presentan trastorno de somatización, sienten en muchas ocasiones, molestias ya sea psicológica o interpersonal, por lo que se la sabe denominar como síntomas psicoformes, existen tres trastornos psiquiátricos que deben considerarse en el diagnóstico diferencial del trastorno de somatización: Los trastornos por ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y la esquizofrenia.

Este trastorno presenta 3 características que la diferencia:

- Alteraciones de múltiples sistemas orgánicos.
- Inicio precoz y curso crónico con desarrollo de signos físicos y anómalas estructurales.
- Ausencia de las anomalías características de las pruebas de laboratorio de trastorno orgánico que se sospecha.

Estas características deben tenerse en cuenta en aquellos casos cuya etiología queda clara tras un análisis cuidadoso, además en los síntomas somáticos los pacientes presentan molestias de naturaleza psicológica e interpersonal las que se denominan como síntomas psicoformes, en la cual existe tres trastornos psiquiátricos que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de este:

- Los trastornos por ansiedad
- Los trastornos del estado de animo
- La esquizofrenia

Una combinación de los síntomas inexplicados siguientes:

- Cuatro síntomas dolorosos que afectan como mínimo a cuatro lugares o funciones diferentes (por ejemplo: cabeza y cuello; abdomen, espalda; tórax, recto; durante la menstruación o durante las relaciones sexuales).
- Dos síntomas digestivos, aparte del dolor.
- Un síntoma sexual (menstruación irregular, vómitos durante el embarazo, disfunción sexual)
- Un síntoma pseudoneurológico no limitado al dolor.
- Estos síntomas no se fingen, ni se provoca intencionadamente.

PREVALENCIA:

- La prevalencia durante toda la vida es menor al 2% y es mayor en las mujeres.
- Son más frecuentes los pacientes con síntomas somáticos inexplicados pero que no cumplen todos los criterios diagnósticos (problema frecuente en AP).

6. Trastorno Dismórfico Corporal (Dimorfobia)

También llamado dimorfobia, se presenta cuando el síntoma principal del paciente es la preocupación exagerada por un defecto físico imaginario, en una persona con apariencia normal, la prevalencia del trastorno no se conoce, inicia en la adolescencia y frecuentemente se asocia con el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad y en la mayoría de pacientes la preocupación se centra en la cara, la forma de la nariz, la voz, la mandíbula y la presencia o distribución del pelo, la intensidad de los síntomas es variable y el trastorno en general tiende a la cronicidad. (Muñoz, 2009)

Para Muñoz (2009) “La preocupación del trastorno dismórfico corporal puede ser muy difícil de distinguir de una ideación delirante, pues quienes lo padecen continúan convencidos de la deformidad, a pesar de las evidencias de realidad dadas por familiares y profesionales, También se dificulta diferenciarlo de una idea obsesiva, porque los pacientes pueden pasar largas horas frente al espejo, chequeándose una y otra vez el supuesto defecto”

Diagnóstico Diferencial

- Depresión: La preocupación somática desaparece con el tratamiento del trastorno del estado de ánimo.
- EL TDC guarda relación fenomenológica (y posiblemente neurobiológica) con el TOC y pueden ser difíciles de distinguir.
- Anorexia nerviosa: La preocupación tiene que ver con el peso, el tamaño y la forma corporal, y se asocia a un comportamiento compensador (por Ejm: restricción de la alimentación, consumo de diuréticos o laxantes y ejercicio excesivo).
- Transexualidad: La preocupación somática se limita a características físicas relacionadas con el sexo.
- Esquizofrenia con ideas delirantes somáticas: Los pacientes manifiestan signos y síntomas psicóticos asociados.
- Trastorno delirante de tipo somático: No hay síntomas del espectro de la esquizofrenia a parte de las ideas delirantes, y la idea delirante somática no se limita a la preocupación sobre el aspecto corporal.

7. Trastorno Facticios.

Los trastornos facticios son desde hace tiempo un enigma médico y se caracterizan por la producción intencionada o fingimiento de signos o síntomas físicos o psicológicos. Los pacientes que presentan este trastorno suelen ser mal comprendidos por los médicos y

pueden ser diagnosticados y tratados de forma inapropiada, frecuentemente en detrimento del paciente. A diferencia de los simuladores, los cuales intentan conseguir ventajas económicas, la invalidez o la exención de responsabilidades onerosas o peligrosas (como el servicio militar), las personas con trastornos facticios «aparentemente no obtienen ningún beneficio excepto las molestias de exploraciones o intervenciones quirúrgicas innecesarias. (Navarro, 2009)

Síntomas Somáticos Múltiples

Rodrigo (2012) considera que “Los pacientes pueden volverse dependientes de los otros, actualmente, algunos autores afirman que existen dos maneras de definir la somatización, una de ella que se trata de un fenómeno secundario resultado de una angustia o estrés psicológico, la segunda entiende la somatización como un fenómeno primario caracterizado por la presencia de síntomas físicos sin una explicación clínica definida”.

Los síntomas somáticos han sido considerados tradicionalmente como una variable relacionada con la salud y un tópico dentro de los modelos de la conducta de enfermedad. En cuanto a su naturaleza, se proponen determinantes múltiples, aceptándose que los factores psicológicos juegan un papel central en los mismos. (Orejudo & Froján, 2005).

El autor de esta presente investigación cree que a pesar de las diferencias, existe un elemento común en ambas definiciones: que la presencia de síntomas somáticos es de causa desconocida y que el síntoma puede estar, o no asociados a otro problema médico, y los síntomas ya no tienen que ser medicamente inexplicable, pero se identifican por pensamientos y preocupaciones excesivas relacionados con ellos y a veces los síntomas son sensaciones o molestias corporales normales que no significan un trastorno grave.

El trastorno de síntomas somáticos, que reemplaza al trastorno de somatización en el DSM-5, se caracteriza por la presencia de al menos un síntoma somático, que genera una disrupción significativa en la vida cotidiana del paciente afectado y que se asocia a la presencia de pensamientos, sentimientos y conductas relacionadas al mismo,

estos comportamientos, pensamientos o sentimientos insumen una gran cantidad de tiempo (desproporcionado a la seriedad del síntoma en cuestión) y se acompañan de niveles elevados de ansiedad. (Torales, Barrios, Gonzales, & Almiron, 2018)

El TSS generalmente comienza antes de los 30 años. Se presenta más frecuentemente en las mujeres que en los hombres. No está claro por qué algunas personas presentan esta afección, ciertos factores pueden estar involucrados:

- Tener una personalidad o perspectivas negativas, ser más sensible física y emocionalmente al dolor y otras sensaciones

- Antecedentes familiares o educación, genética

El síntoma principal del TSS es la manera en la que una persona se siente y se comporta en respuesta a estas sensaciones físicas. Estas reacciones deben persistir por 6 meses o más, una persona con este trastorno puede:

- Sentir ansiedad extrema con respecto a los síntomas.

- Tener problemas para funcionar debido a sus pensamientos, sentimientos y comportamientos sobre los síntomas.

Torales y otros (2018) consideran que no existe prueba exacta para definir cuál es la causa del síntoma somático, no obstante, se conoce que existen varios factores implicados tales como:

1. Factores Biológicos:

Algunos pacientes presentan un deterioro del proceso cognitivo bifrontal de predominio en el hemisferio no dominante que podría ser responsable de la depresión, del dolor psicógeno, de los síntomas de conversión asimétricos y del patrón histriónico de conducta. Las anomalías en el hemisferio dominante serían las responsables del deterioro de la comunicación verbal, de la incongruencia peculiar

de la respuesta afectiva y de la integración sensomotora anómala. (Guzmán, Trastorno por Somatización: Su abordaje en Atención Primaria, 2011)

2. Factores Genéticos:

El componente hereditario de los trastornos de somatización ha sido ampliamente estudiado, 10% a 20% de los familiares de primer grado de sexo femenino de pacientes con trastorno de síntomas somáticos también lo padecen. Los parientes masculinos de mujeres con trastornos de síntomas somáticos muestran un aumento de riesgo de trastorno antisocial de la personalidad y de trastornos relacionados con el consumo de sustancias. (Torales, Barrios, Gonzales, & Almiron, Trastorno de síntomas somáticos: una actualización, 2018)

3. Factores Psicológicos y Sociales

Se estima que algunos síntomas son resultado de la represión de emociones o la necesidad de expresar sentimientos, además se cree que los sujetos afectados provienen de hogares inestables o han sido víctimas de maltratos. El abuso sexual está también asociado a un riesgo aumentado de generar conductas de somatización más adelante en la vida del individuo, por último, una pobre habilidad para expresar emociones, puede a su vez presentarse como somatización. (Torales, Barrios, Gonzales, & Almiron, Trastorno de síntomas somáticos: una actualización, 2018)

4. Fisiopatología

Se considera que el trastorno de síntomas somáticos está asociado con una hipersensibilidad a las sensaciones corporales normales. Esta hipersensibilidad podría además estar en línea con sesgos cognitivos que harían que los pacientes afectados interpreten cualquier síntoma físico como una enfermedad médica. (Torales, Barrios, Gonzales, & Almiron, Trastorno de síntomas somáticos: una actualización, 2018)

5. Epidemiología

El trastorno de síntomas somáticos podría iniciarse en la infancia, adolescencia o adultez temprana; si bien la aparición de sintomatología somática inexplicada en adultos mayores podría indicar una enfermedad médica oculta o un trastorno depresivo mayor asociado a síntomas de somatización, los adultos mayores también pueden desarrollar un trastorno de síntomas somáticos u otros relacionados. (Torales, Barrios, Gonzales, & Almiron, Trastorno de síntomas somáticos: una actualización, 2018)

6. Clínica

El trastorno de síntomas somáticos está asociado a altas tasas de comorbilidad con enfermedades médicas, así como con otros trastornos psiquiátricos como trastornos de ansiedad y trastornos depresivos. Cuando una enfermedad médica está presente, el nivel de disfunción es mucho más elevado que el que se produciría por la sola presencia de la enfermedad médica en cuestión, cuando un individuo cumple con los criterios diagnósticos para trastorno de síntomas somáticos, el mismo debe ser diagnosticado; no obstante, en vista de la frecuente comorbilidad con ansiedad y depresión, la evidencia de la presencia de estos diagnósticos concurrentes debe ser buscada. (Torales, Barrios, Gonzales, & Almiron, Trastorno de síntomas somáticos: una actualización, 2018)

7. Factores Biopsicosociale.

Parece ser que existe cierta predisposición en los familiares de primer grado de sexo masculino de los pacientes al abuso del alcohol y trastornos de la personalidad. En los familiares de primer grado de sexo femenino predominan los diagnósticos de somatización. Las mujeres que presentan un trastorno por somatización suelen tener padres que las abandonaron, maltrataron o abusaron de ellas física o sexualmente y suelen casarse con mayor frecuencia con varones sociopáticos. (Guzmán, 2011)

2.1.2. Marco referencial sobre la problemática de investigación.

2.1.2.1. Antecedentes Investigativos.

El autor de la presente investigación considera que la intensidad y la constancia de los síntomas refleja el importante deseo de ser atendido, el psicólogo parte de las emociones, para desarrollar las habilidades psicosociales que facilitan al paciente su adaptación a nuevos entornos y a su vez se trabaja con la familia para sensibilizar a los integrantes sobre el alcance de este trastorno.

El enfoque de los estados actuales del trastorno somatomorfo planteado por Arancibia Marcelo y otros en el (2016) sostiene que dicho trastorno “afecta el estado psíquico de la persona los cuales a presentar esto problemas consideraban que requieren de atención medica puesto que sentían dolores inexplicables que afectan su vida cotidiana, también consideraban la atención psicológica, bajo el desarrollo de esquemas de tratamiento propios”.

El autor de la presente investigación menciona que el término somatización ha generado una serie de confusión acerca de los síntomas que se presentan, creando sensaciones negativas en la persona que lo padece, haciendo que se dificulte la tarea de poder hacer un diagnóstico acertado, por lo que en algunos casos son atendidos por psiquiatras, médicos y neurólogos, sin que se pueda llegar a un diagnóstico correcto.

Para Marcela Riquelme y Nieves Schade (2013) en su artículo científico con el tema, Trastorno somatomorfo nos menciona que: “Los Trastornos Somatomorfo son un grupo de trastornos que abarcan síntomas físicos para los cuales no se ha hallado explicación médica que los justifique, pero que son los suficientemente serios, como para causar al paciente una alteración en su funcionamiento laboral o social. Los factores psicológicos son de gran relevancia en el inicio, la gravedad y duración de los síntomas, que no son producidos intencionalmente”.

Los mismos autores también mencionan que “Los factores psicológicos son de gran relevancia en el inicio, la gravedad y duración de los síntomas, que no son producidos intencionalmente. Según el DSM-IV y el CIE-10, los malestares de la somatización se traducen en un trastorno diagnosticable cuando los síntomas superan los seis meses de manifestación. (Riquelme & Schade, 2013)

El autor de esta investigación considera que en el enfoque del trastorno somatomorfo, se menciona que existen diversos síntomas físicos tales como dolores de cabeza, cansancio, dolores musculares, mareos, dolores de estómago, dolores de espalda, visión borrosa, debilidad e intolerancia a la comida, que incomodan a los pacientes, los cuales al apreciar esto consideran que no son capaces de realizar ninguna actividad, sea en el ámbito personal, laboral o social ya que experimentan malestar emocional o estrés psicosocial.

Los síntomas le ayudan a evitar sus responsabilidades, pero también pueden prevenir el placer y actúan como castigo, lo que indica sentimientos subyacentes de ser despreciable y culpable. Muñoz en el 2009 cree que “en el contexto clínico la somatización hace referencia a un complejo proceso cognitivo, afectivo y conductual, en el que los pacientes, en respuesta a situaciones vitales estresantes, experimentan y comunican diversos síntomas físicos, los atribuyen a una enfermedad médica y buscan ayuda para aliviarlos, las sensaciones corporales, entre ellas los síntomas físicos, poseen dos componentes: la sensación periférica propiamente dicha y la interpretación que de ésta realiza el cerebro”.

Para el autor de esta investigación menciona que: Los pacientes con este tipo de trastorno piensan que este problema se debe a dolencias físicas y muchas veces aseveran, sentir dolores musculares, mareos entre otros, pero en realidad son problemas psicosociales negativo que se dan cuando la persona está sumida en un entorno negativo, cargado de prejuicios que a veces llegan al extremo de la hostilidad y la discriminación.

Muñoz, (2009) considera que “Desde el punto de vista psicológico la somatización se entiende como un mecanismo de defensa inconsciente mediante el cual una persona sin proponérselo, convierte el malestar emocional en un síntoma físico, desviando así la atención del conflicto psicológico que le genera ansiedad. El que sea inconsciente indica que la persona no produce voluntariamente el síntoma, no se

percata de su origen psicógeno, verdaderamente lo experimenta y no busca beneficios externos”.

El autor de la presente investigación considera que la intensidad y la constancia de los síntomas reflejan el importante deseo de ser atendido, el especialista parte de las emociones, para desarrollar las habilidades psicosociales que facilitan al paciente su adaptación a nuevos entornos y al mismo tiempo se trabaja con la familia para sensibilizar a los integrantes sobre el alcance de este trastorno.

Para Arancibia y otros autores en el (2016) hace referencia que “Los trastornos somatomorfos agrupan diversos cuadros que cursan con una característica común: la relevancia de los síntomas somáticos vinculados a un malestar psíquico y deterioro significativo, los cuales transitan desde dolores simples hasta dolencias funcionales invalidantes no explicadas por una condición médica general, consumo de sustancias, simulación u otra patología mental

El autor de esta presente investigación considera que el trastorno por conversión puede deberse por una pérdida de función física o neurológica la cuál propone un trastorno físico, que no se puede explicar con tan solo los datos de la exploración, analíticos o de imagen y que se sospecha la presencia de un problema psíquico involuntario, que se convierte en síntomas somáticos.

Para Muñoz (2009) en su artículo científico con el nombre de Somatización: consideraciones diagnósticas considera que “La característica principal de este trastorno es la creencia persistente de tener una enfermedad seria no diagnosticada, basada en la inadecuada interpretación de síntomas o de sensaciones corporales, que no se modifica a pesar de la comunicación médica que no existe tal enfermedad, en la hipocondría la sensibilidad a las sensaciones corporales es mayor que en los demás trastornos somatomorfo, hasta el punto que algunos autores la consideran como un rasgo constitucional”.

Para Ramirez & Hernandez (2006) en su artículo de revista con el tema síntomas psicósomáticos y teoría transaccional de estrés consideran que “El concepto de somatización no tiene un significado sencillo por el contrario ha sido definido en una variedad de formas como la expresión somática de un desorden psiquiátrico, implicando una relación causal entre la somatización y distres psicológico como una categoría diagnóstica, llamado desorden o trastorno de somatización, caracterizado por la presencia de múltiples síntomas somáticos, reflejados en diferentes sistemas del cuerpo, y como referencia de síndrome somáticos funcionales, caracterizado por la presencia de grupos específicos de síntomas somáticos; la característica común de las diferentes definiciones es la presencia de síntomas somáticos que no se explican de manera adecuada por diagnóstico médicos.

La somatización o también conocida como trastorno somatomorfo, se caracteriza por diversos factores que afecta al individuo, pero que no pueden ser comprendidas, por la presencia de una enfermedad de origen, orgánica por lo que la necesidad de explorar a que se debe esta patología, ya que presenta diversos tipos de somatización como son, problemas gastrointestinales, síntomas pseudoneurológico, etc. A pesar de que hay pacientes que presentan estos síntomas, hay otros quienes presentan otros síntomas como, gastrointestinales, y físicos con mayor frecuencia los adultos mayores.

Según Lopez & Belloch en el (2002), Al hablar de somatización como síntoma el objetivo principal ha sido intentar profundizar en los diferentes usos y significados dados al término por diferentes autores, respecto a la somatización como categoría diagnóstica, el acento se ha puesto en la evolución nosológica y en la valoración de conceptualizaciones alternativas del trastorno, cuando se utiliza el término somatización, generalmente no sólo se quiere hacer referencia a la presencia de síntomas somáticos, sino que el acento muy probablemente se está poniendo en las «conductas de enfermedad» que supuestamente el paciente somatizador está presentando.

Para el autor de la presente investigación enfatiza que el trastorno de síntomas somáticos es un desorden crónico y recurrente, que origina malestar clínicamente significativo, provocando un deterioro evidenciable de las actividades social, laboral y de otras áreas importantes del individuo, este fenómeno del trastorno somatomorfo se la conoce desde hace años, pero que aún no existe suficiente evidencia, que demuestre como se origina, esta patología que afecta a las personas que lo padecen.

Gorosabel (2013) nos menciona que “Los síntomas somáticos son la principal causa de consulta en atención primaria y son predominantes en cualquier consulta de medicina general. Entre los pacientes que presentan trastornos de ansiedad o depresivos se pueden observar altos niveles de síntomas somáticos, muchas veces como sintomatología predominante o única, con poca participación de sintomatología de la esfera psicológica e incluso con negación de estos síntomas”.

Esta característica de estos trastornos en el ámbito de la atención primaria supone una dificultad en el diagnóstico, un retraso de este y consecuencias negativas: falta de eficacia de un tratamiento correcto, elevado gasto de tiempo, pruebas diagnósticas, tratamientos ineficaces y iatrogenia, tanto diagnóstica como terapéutica, en un síndrome que presenta elementos cognitivos, afectivos y somáticos. (Gorosabel, 2013)

El autor de este proyecto manifiesta que; Los trastornos somatomorfos son más frecuentes en la medicina general con el 18%, existe ciertos factores psicológicos, biológicos que impide la interpretación correcta, para un buen diagnóstico médico, para así poder establecer correctamente un tratamiento, que beneficie a los pacientes que padecen, diversos tipos de trastorno (trastorno por somatización, por dolor, hipocondriaco, etc.), también suelen presentar trastorno depresivo, de ansiedad, trastorno de la personalidad.

Los autores Sánchez & Rodríguez (2012) nos mencionan que “La somatización se describe como la tendencia a experimentar y manifestar el malestar psicológico a través de quejas somáticas. La presencia de una somatización no excluye una patología orgánica, ya que mecanismos psicogenéticos pueden agravar una dolencia médica”

El autor de esta investigación considera que la presentación de el trastorno somatomorfo es una problema poco entendido, ya que los pacientes que padecen este trastorno, son personas que buscan una atención médica, sin presentar una causa que genere la ida al médico, los profesionales de la salud no encuentra una causa probable para que se presente estos síntomas.

Según Moreno en (2011) considera que “Si todos los síntomas somáticos son conscientes con otro trastorno psiquiátrico (por ejemplo, el trastorno de pánico), y los criterios diagnósticos para este trastorno se cumplen, dicho trastorno psiquiátrico debería ser considerado con una alternativa o un diagnóstico adicional. Si el paciente tiene preocupaciones por la salud, pero sin síntomas somáticos, podría ser más apropiado considerar un diagnóstico de trastorno de ansiedad”.

Torales y otros (2018) nos menciona que “El trastorno de síntomas somáticos es un desorden crónico, fluctuante, recurrente y que causa malestar clínicamente significativo, provocando un deterioro evidenciable de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes del individuo y generando una búsqueda de atención médica excesiva. Los pacientes utilizan excesivamente los servicios de salud, son atendidos por múltiples médicos y sometidos a innumerables pruebas diagnósticas”

Para el autor de esta presente investigación considera que en el enfoque del trastorno de síntomas somáticos: una actualización, se plantea que no existe una etiología exacta, para definir cuál es la causa para este trastorno, aunque se estima que existen factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

Torales y otros (2018) nos mencionan que “El trastorno de síntomas somáticos puede ser considerado leve (se cumple solo una de las características descritas más arriba), moderado (se cumplen dos o más características) o grave (se cumplen dos o más características y existen múltiples quejas somáticas o un síntoma somático es muy intenso)”

Florenzano y otros en el (2002) nos mencionan que “El trastorno de somatización tiene un interés tanto teórico como práctico, que en el plano conceptual es necesario las clasificaciones, evitando el error categorial denunciado por los positivistas

lógicos del círculo de Viena y los filósofos de la mente del siglo que recién termina, en el plano práctico hay un subconjunto de pacientes que se presenta a la atención de los clínicos en el nivel primario que desafían la sabiduría habitual y que no encuentran inserción en los sistemas asistenciales tal como están hoy diseñados con un excesivo énfasis en la fragmentación y en la especialización”.

Torales y otros en el (2018) ellos nos mencionan que “El trastorno de síntomas somáticos es un desorden crónico, recurrente y que causa malestar clínicamente significativo, provocando un deterioro evidenciable de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes del individuo y generando una búsqueda de atención médica excesiva. Los pacientes utilizan excesivamente los servicios de salud, son atendidos por múltiples médicos y sometidos a innumerables pruebas diagnósticas. Todo lo anterior solo consigue exacerbar los síntomas, por lo que el concurso de un especialista en psiquiatría se hace mandatorio”.

La somatización es tema muy debatido durante muchos años, principalmente por los criterios de clasificación que existe, se la considera como una manifestación de angustia, conflictos, una tendencia en la que la persona debe comunicar sus angustias, a través de síntoma físico que no poseen suficiente evidencia, que logre atribuirse a una enfermedad orgánica, haciendo quien lo padezca acudir a un médico, esta tendencia se manifiesta primordialmente a tensiones sicosociales, del día a día, en situaciones de conflicto, generalmente estos pacientes no logran reconocer que la angustia que presenta, suele estar relacionadas con dificultades psicosociales, pero consideran que no existe posibilidad que sea así.

Para las autoras Sánchez & Guerrero (2017), en su artículo con el tema Actualización del trastorno psicósomático la infancia y adolescencia, consideran que “El concepto de somatización se puede explicar, como: una manera de experimentar y comunicar unos síntomas inexplicables desde los hallazgos patológicos, que no son atribuibles a una enfermedad física y para los que han fracasado los tratamientos médicos al uso”.

El autor de esta investigación menciona que los síntomas somáticos en estos pacientes son expresiones de dificultades emocionales, que resultan complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales, difíciles y estresantes para el sujeto, este heterogéneo cuadro recibe distintos nombres que van desde: somatizaciones, cuadros funcionales, hasta síntomas físicos sin explicación médica, aplicada a estos sujetos.

Noruega, Bayona, & Davila, (2007) nos mencionan que “Los trastornos somatomorfos son un grupo de trastornos que abarcan síntomas físicos para los cuales no se ha hallado ninguna explicación médica que los justifique, pero que son lo suficientemente serios como para causar al paciente una alteración en su funcionamiento laboral o social, los factores psicológicos son de gran relevancia en el inicio, gravedad y duración de los síntomas, que no son producidos intencionalmente”.

El trastorno de síntomas somáticos es un ejemplo de interacción entre factores somáticos y mentales por así decirlo, es sacarlo del catálogo de las enfermedades mentales, esto es del DSM-V esta implicación ya es asumida en este mismo grupo por el trastorno denominado factores psicológicos que afectan a otras enfermedades médicas, este grupo viene a recoger aquellas variables que son bien conocidas (estrés, estrategias de afrontamiento, creencias, valores, apoyo social) de carácter psicológico, que influyen en el desarrollo de las llamadas enfermedades médicas, tanto negativamente, como positivamente. (Vallejo, 2014)

Para los autores Tamayo, Rovner, & Muños en el (2007) mencionan que “El término somático se lo utiliza para referirnos a todos aquellos síntomas atribuidos a cualquier órgano corporal, aunque su origen sea el mismo órgano que se pretende excluir de ese listado, el cerebro. Por síntomas mentales nos referiremos a aquellas expresiones atribuidas a la mente, como el pensamiento, las emociones, el comportamiento motivado y la conciencia, entre otras,¹⁵ y asumiendo que la mente es el principal producto de la actividad cerebral y por lo tanto es tan física como otras manifestaciones corporales”.

2.1.2.2. Categorías de análisis.

Categoría de análisis 1: Trastorno Somatomorfo.

Definición: El trastorno somatomorfo a pesar de las diversas investigaciones realizadas por un sin número de autores, es una entidad poco comprendida en su totalidad, se nos menciona que Navarro en el (2009) considera a “Los trastornos somatomorfo como entidades que no se comprenden totalmente, que falta investigar más acerca de esta para entender su etiología y fisiopatología, que a pesar de la reciente investigación se nos menciona que este trastorno es muy frecuente en la atención médica, y que las personas que lo padecen presenta síntomas como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad”.

Operalización de las subcategorías

- Hipocondríacos.
- Histeria colectiva.

Categoría de análisis 2: Síntomas Somático Múltiple.

Definición: Los síntomas somáticos se caracterizan por múltiples síntomas físicos persistentes que están asociados con pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos e inadaptados relacionados con esos síntomas. Los síntomas no se producen o simulan intencionadamente y pueden acompañar o no a una enfermedad médica conocida (Granel, 2006).

Operalización de las subcategorías

- Síndromes clínicos en relación a los síntomas.
- Categorías psiquiátricas.
- Visión integradora.

2.1.3. Postura teórica.

El autor de la presente investigación considera que la somatización es la principal causa de atención, la necesidad de conocer cómo se origina, hace que algunos profesionales de la salud tengan la necesidad, de conocer un poco más acerca de esta, ya que algunos pacientes somatizadores tienen la idea errónea, de consideran que la ayuda brindada por el personal de la salud es ineficiente.

Cuando se trabaja exclusivamente con el modelo biomédico el diagnóstico de somatización suele ser el resultado final de un largo proceso de descarte, lo que resulta costoso y frustrante para médicos y pacientes. Por el contrario, resaltamos la utilidad de hacer los diagnósticos positivamente cuando los componentes de este tipo de trastorno están presentes.

La somatización no se puede explicar de manera simple puesto que, se la sabe confundir con alguna otra patología, por lo que algunos de los síntomas presentados son casi parecidos, es difícil dar un diagnóstico específico acerca de este trastorno que presentan los pacientes, creando en muchos de ellos sensaciones de dolor, fatiga, síntomas depresivos, ansiedad, dificultad para expresar sus emociones, creando en algunos de los casos que haya una mala relación ente el médico y el paciente, la característica común del trastorno somatomorfo y de los síntomas somáticos, es que los pacientes sienten la necesidad de buscar ayuda en los diferentes centros de salud.

Respecto de los criterios diagnósticos del DSM IV no suele ser muy útil su uso ya que esta problemática se comporta más como un proceso que como entidades específicas, la experiencia y la investigación clínica muestran que es posible hacer diagnóstico de somatización cuando se cumplen dos criterios que incluyen la presencia durante tiempo prolongado de tres o más síntomas vagos y desproporcionados. A menudo los pacientes tienen antecedentes de múltiples consultas y estudios, siendo esta también una variable en relación con la probabilidad de somatización.

La característica de este trastorno es que los pacientes que lo padecen desempeñan ciertas sensaciones de dolor, cansancio, náuseas, dificultades urinarias, lo que produce cierta sensación frustración al no sentirse ayudado, cuando las quejas poseen una duración de más de 5 meses se las interpreta como trastorno somatomorfo, pudiendo incluso generar en los pacientes dificultad en sus relaciones personales, sociales y hasta laboral, haciéndole creer que ya no pueden hacer nada por ellos mismo, los trastornos somatomorfo tienen en común expresiones somáticas que poseen una explicación médica y que pueden producir una variación de la vida diaria.

El trastorno somatomorfo, presenta diversos síntomas clínicos, los cuales no posean una explicación médica, que demuestre el porqué de ellos, aun así, causan en las personas que presentan este trastorno, problemas en el ámbito laboral, personal, los síntomas que se presentan no son intencionales, es decir no son creado por ellos, dificultando pocas veces las relaciones interpersonales de la persona, el nombre de esta patología fue utilizado para describir los grupos de enfermedades con este trastorno.

Los trastornos somatomorfos tienen como manifestaciones síntomas físicos no explicados por enfermedad médica, sustancias, simulación u otra enfermedad mental. En los últimos 25 años, se ha debatido sobre la utilidad de su clasificación en edad pediátrica debido a las dificultades en la evaluación de percepción de la enfermedad por parte de padres, paciente y observador; síntomas y factores asociados dinámicos con el desarrollo del niño, tiempo y cantidad de síntomas (Ramon & Vasquez, 2012).

Los síntomas somáticos, pueden ser la interpretada como síntomas depresivos ya que, si no se fue diagnosticado a su debido tiempo, dificultara el reconocimiento y el posible tratamiento, el trastorno somatomorfo puede estar inmerso a otro grupo que puede ser tratado en la atención primaria, por presentar sintomatología sin ninguna explicación, o tan similares las atenciones por problemas de orden físico.

2.2. HIPÓTESIS.

2.2.1. Hipótesis general.

Determinando el trastorno somatomorfo en los síntomas somáticos múltiples de los adultos mayores en el centro gerontológico del buen vivir, se mejoraría las relaciones de los pacientes.

2.2.2. Subhipótesis o derivadas.

Uno de los tipos de trastorno somatomorfo que más se presentó durante la investigación fue el trastorno indiferenciado en los adultos mayores.

Existe una prevalencia del trastorno somatomorfo que afecta las funciones motoras y sensitivas del adulto mayor.

Un plan de intervención y tratamiento contra el trastorno somatomorfo beneficiara las relaciones interpersonales de los pacientes del centro gerontológico.

2.2.3. Variables.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Trastorno Somatomorfo.

VARIABLE DEPENDIENTE: Síntomas Somático Múltiples.

CAPÍTULO III.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

3.1. Resultados obtenidos de la investigación

3.1.1 Pruebas estadísticas aplicadas

El tipo de metodología presente dentro de la investigación, fue la modalidad cuantitativa por estar sujeta a la recolección de datos estadísticos y de tipo de campo por realizarse en el propio entorno donde sucede el fenómeno, además de estar sustentado bajo el método inductivo, deductivo y analítico para reforzar la veracidad de la misma y haciendo uso de Técnicas e instrumentos como la observación, encuesta y cuestionarios que facilitaran la comprensión y magnificaran el impacto de la presente labor investigativa.

La población dentro de esta investigación está conformada por 87 personas las cuales están conformado por, 67 adultos mayores, divididos en 20 residentes y 47 diurnos y 20 funcionarios del centro gerontológico.

Se tomó en consideración una población de 87 entre adultos mayores y administrativos del lugar la misma que facilitará el estudio y la investigación.

INVOLUCRADOS	POBLACIÓN	%	MUESTRA	%
Residentes	20	100%	20	100%
Pacientes diurnos	47	100%	47	100%
Administrativos	20	100%	20	100%
Total	87	100%	87	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

3.1.2 Análisis e interpretación de datos

Preguntas realizadas a adultos mayores del centro gerontológico del buen vivir de Quevedo.

¿Con que frecuencia presenta problemas gastrointestinales como náuseas, dolor de estómago, diarrea o estreñimiento?

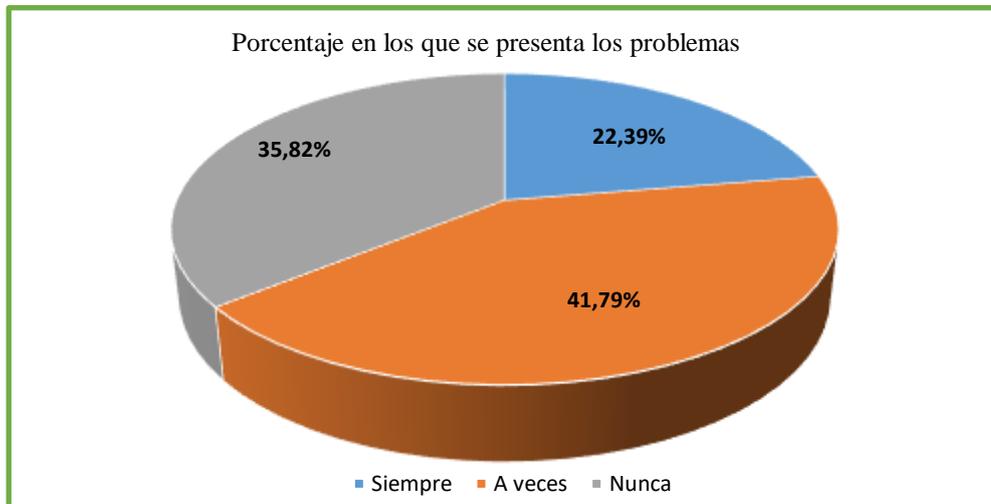
Tabla 1

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	15	22,39%
A veces	28	41,79%
Nunca	24	35,82%
Total	67	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 1



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: el 22,39% de la población investigada respondieron siempre, el 41,79 a veces, mientras que el 35,82% nunca tiene estos síntomas, El total del porcentaje de pacientes que respondieron entre siempre y a veces, presentan síntomas de trastornos de Somatización, mientras que la población restante no posee ningún tipo de problemas gastrointestinales o intestinales como náuseas, dolor de estómago, diarreas o estreñimiento.

¿Con qué frecuencia presenta síntomas físicos como fatiga, pérdida de apetito, urinarios, gástricos, etc.?

Tabla 2

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	34	50,75%
A veces	10	14,93%
Nunca	23	34,32%
Total	67	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 2



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: El 50,75% de la población investigada posee problemas físicos como fatiga, pérdida de apetito, urinarios, gástricos, el 14,93% a veces, mientras que el 34,32% nunca posee estos síntomas. Al analizar el primer porcentaje nos percatamos que los adultos mayores presentan síntomas del trastorno indiferenciado, el segundo porcentaje manifestaron que a veces presentan estos síntomas, mientras que el porcentaje restante no posee estos síntomas.

¿Se ha desmayado o ha perdido el conocimiento luego de un suceso doloroso o estresante?

Tabla 3

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	15	22,39%
A veces	12	17,91%
Nunca	40	59,70%
Total	67	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 3



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: El 22,39% de la población investigada respondieron siempre, el 17,91% a veces, mientras que el 59,70% nunca tiene estos síntomas, El total del porcentaje de pacientes que respondieron entre siempre y a veces consideran que cuando pierden el conocimiento y sufren un desmayo se relaciona tras recordar algún suceso doloroso o estresante, mientras que el resto de la población carecía de estos síntomas.

Encuesta realizada a los administrativos del centro gerontológico del buen vivir de Quevedo.

¿Usted ha visto a los pacientes presentar problemas gastrointestinales como náuseas, dolores de estómago, diarreas o estreñimiento?

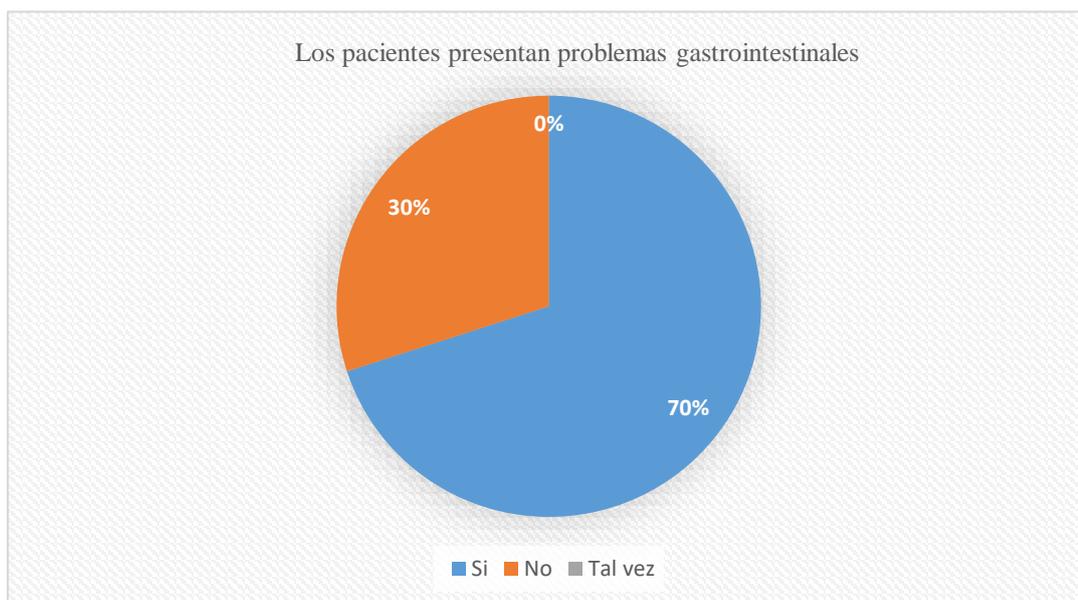
Tabla 4

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	70%
No	6	30%
Tal vez	0	0%
Total	20	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 4



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los administrativos del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: El 70% de los administrativos respondieron con un sí, mientras que el 30% manifestaron que no, por lo tanto, quiere decir que los administrativos han presenciado que los adultos mayores posean problemas gastrointestinales como náuseas, dolor d estómago, diarrea o estreñimiento.

¿Ha visto presentar síntomas físicos como fatiga, pérdida del apetito, gástricos en el adulto mayor?

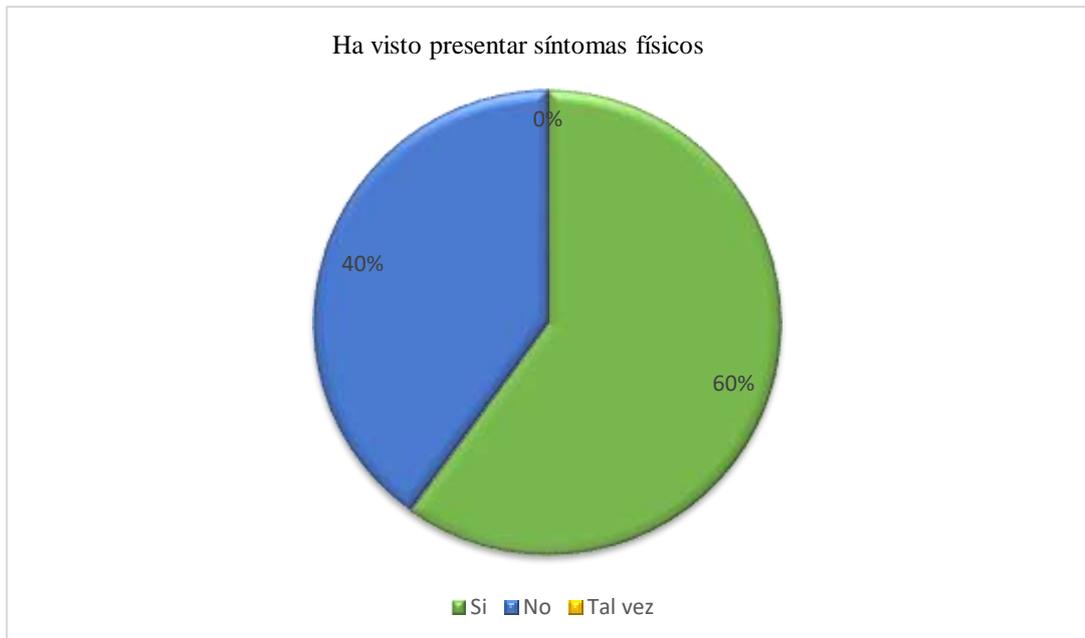
Tabla 5

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	60%
No	8	40%
Tal vez	0	0%
Total	20	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 5



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los administrativos del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: El 60% de los administrativos respondieron con un sí, mientras que el 40% manifestaron que no, Esto quiere decir que los administrativos si han visto que los adultos mayores presentan síntomas físicos tales como fatiga, pérdida del apetito, gástricos.

¿Los pacientes se han desmayado o perdido el conocimiento luego de un suceso doloroso y estresante?

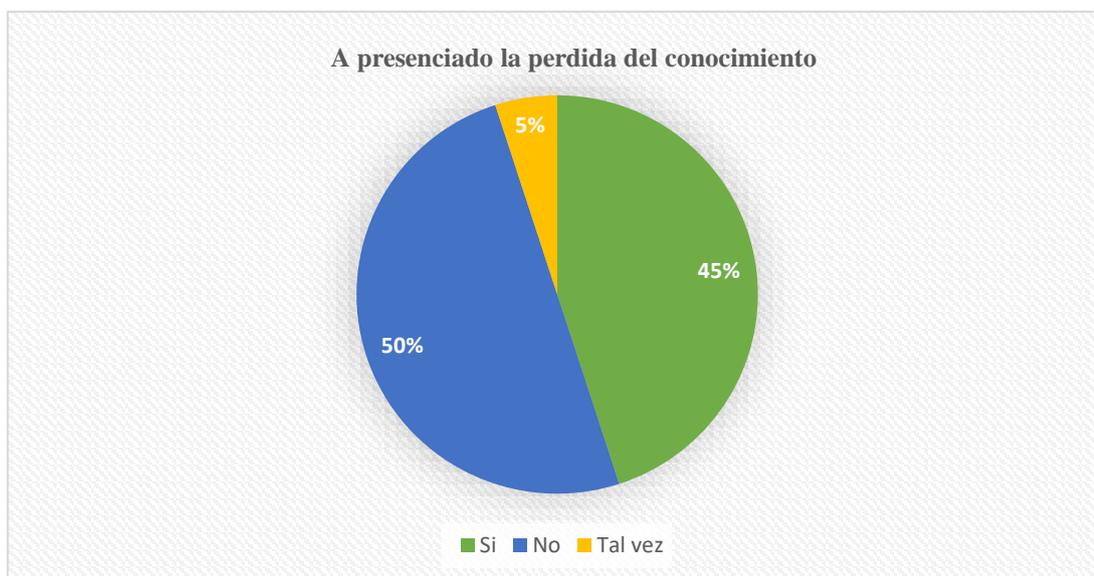
Tabla 6

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	45%
No	10	50%
Tal vez	1	5%
Total	20	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 6



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los administrativos del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: El 50% de los administrativos respondieron con un no, mientras que un 45% que sí y un 5% manifestaron un tal vez, esto quiere decir que la mitad de los administrativos consideran que los adultos mayores no solo se desmayan tras recordar algún suceso doloroso o estresante, mientras que el segundo porcentaje creen que si tiene algo de influencia y tan solo el 5% considera que exista en ciertos casos los pacientes se han desmayado o perdido el conocimiento luego de un suceso doloroso y estresantes.

3.2 Conclusiones Generales Y Específicas

3.2.1 Conclusión general

Más del 70% de los encuestados entre adultos mayores y administrativos, supieron manifestar que la presencia del trastorno somatomorfo es evidente dentro del centro gerontológico, presentando diferentes tipos, tales como el trastorno de somatización y el trastorno indiferenciado.

3.2.2 Conclusiones específicas

El 64% de los adultos mayores a través de la encuesta se logró evidenciar la presencia de trastorno por somatización el cual posee síntomas tales como problemas gastrointestinales, náuseas, diarrea, estreñimiento, etc. lo cual fue corroborado por los administrativos de lugar que supieron manifestar que los adultos mayores evidentemente poseen estos síntomas.

El tipo de trastorno somatomorfo más prevaleciente entre los adultos mayores es el trastorno indiferenciado con más del sesenta por ciento total en todos los pacientes, confirmando así con los síntomas establecidos dentro del DSM IV como son: problemas físicos como fatiga, pérdida del apetito, urinarios, gástricos, la duración de estos síntomas suele durar entre 6 meses o más, estos no son fingidos conscientemente ni se provoca de forma intencionada.

Existe mucha incertidumbre en saber si los adultos mayores al desmayarse o perder el conocimiento tenga algo que ver con algún suceso doloroso o estresante por lo que hay opiniones divididas en respecto a las preguntas establecidas, esto lo confirman los administrativos ya que un porcentaje de ellos manifestaron que existen dudas al respecto.

3.3 Recomendaciones Generales Y Específicas

3.3.1 Recomendación general

Es importante trabajar con los adultos mayores, pues se evidencia la existencia del trastorno somatomorfo lo cual dificulta las relaciones personales.

3.3.2 Recomendaciones específicas

Trabajar con los adultos mayores que se le presencia trastorno por somatización, siendo este la de mayor afectación presentada durante la investigación.

Es importante trabajar con los adultos mayores que presentan trastorno somatomorfo indiferenciado, ya que se ven deteriorados partes de sus habilidades relacionados con los sentimientos, surgiendo así trabajar con técnicas empáticas a nivel de afectividad con otras personas, donde cada uno puede ponerse en el lugar del otro.

A pesar que existe un pequeño grupo de personas que considera que al desmayarse o perder el conocimiento tras recordar algún suceso doloroso o estresante tiene relación, existen otros los cuales consideran que no tienen ninguna relación, por lo que se debería trabajar para evitar que estos síntomas presenten alguna dificultad en la vida de los adultos.

Por lo tanto, se recomienda un tratamiento psicoterapéutico que permita a los pacientes mejorar la calidad de vida.

CAPITULO IV.- PROPUESTA DE APLICACIÓN

4.1 Propuesta de aplicación de resultados

4.1.1 Alternativa obtenida

Plan de capacitación sobre el trastorno somatomorfo y los síntomas somáticos a los adultos mayores del centro gerontológico del Buen Vivir de Quevedo.

4.1.2 Alcance de la alternativa

En el centro gerontológico del “Buen Vivir” de Quevedo, se ha evidenciado que existen falencia de información sobre el trastorno somatomorfo por ende la presente investigación se centrará en dar a conocer esta problemática, que afecta directamente las relaciones personales de los adultos mayores, el investigador propone efectuar talleres de capacitación para mejorar y fortalecer las relaciones interpersonales.

Los talleres estarán encaminado a optimar los síntomas del trastorno somatomorfo que se da dentro del gerontológico, para que los adultos mayores así tengan una mejor calidad de vida y una buena relación con los demás.

En cuanto a la comunidad gerontológica se les dará a conocer los distintos síntomas que se presentan dentro del trastorno somatomorfo, para que así puedan tener un mayor conocimiento y mejorar las relaciones personales con algunos pacientes.

Por medio de una adecuada socialización, mediante los talleres, se logrará fortalecer las relaciones personales de los adultos mayores, ya que los síntomas somáticos se evidenciaron dentro del centro gerontológico.

4.1.3 Aspectos básicos de la alternativa

4.1.3.1 Antecedentes

Los talleres de capacitación sobre el trastorno somatomorfo, es importante ya que se dará a conocer los distintos tipos de síntomas que se presentan dentro de esta afección, para que haya una buena interpretación y que facilite las relaciones de los adultos mayores.

Dentro de la investigación se pudo conocer que existe la presencia de algunos trastornos somatomorfo tales como el trastorno indiferenciado el cual manifiesta síntomas como fatiga, pérdida del apetito, problemas físicos, gástrico, estos síntomas no se fingen conscientemente ni se provoca de forma intencionada, produce un elevado efecto sobre las habilidades relacionadas con los sentimientos, deteriorando así esta habilidad, también se encontró otro tipo de trastorno tal como fue el trastorno por somatización el cual presentó distintos síntomas que iban desde náuseas, diarrea, problemas gastrointestinales hasta diarrea que afecta al adulto mayor, con un porcentaje de 64 por ciento.

En la actual propuesta se pretende fomentar el interés acerca del trastorno somatomorfo, los síntomas y factores que se muestran, para que haya una adecuada interpretación de esta afección.

4.1.3.2 Justificación

El presente trabajo tiene como finalidad determinar la incidencia del trastorno somatomorfo en los síntomas somáticos de los adultos mayores del centro gerontológico del Buen Vivir, considerando que muchos de los pacientes presentan estos síntomas intencionalmente.

Esta investigación se la considera de esencial importancia ya que algunos adultos mayores somatizadores tienen dificultades para organizar correctamente de las ideas, este trastorno de somatización presenta problemas psicosociales, que afecta las relaciones de quien lo padezca, para eso es primordial que los profesionales de la salud se capaciten para optimar los síntomas somáticos que se presentan en los adultos mayores.

El interés de esta investigación es dar a conocer a la comunidad gerontológica sobre el trastorno somatomorfo, el cual presenta varios síntomas somáticos, esta afección adquiere una forma física o somática que no posee una causa médica que compruebe la manifestación de estos síntomas, beneficiando tanto a los adultos mayores como a los administrativos del lugar.

Esta investigación servirá como un aporte a la comunidad gerontológica considerando la necesidad de conocer profundamente este trastorno, para una adecuada interpretación de estos síntomas.

4.2. Objetivos

4.2.1. General

Plantear talleres de capacitación sobre el trastorno somatomorfo y los síntomas somáticos de los adultos mayores del centro gerontológico del buen vivir de Quevedo.

4.2.2. Específicos

Identificar la incidencia del trastorno somatomorfo en los síntomas somáticos de los adultos mayores.

Explicar cómo los síntomas somáticos afectan las relaciones interpersonales de los adultos mayores.

Ejecutar talleres y charlas acerca de los síntomas del trastorno somatomorfo.

4.3. Estructura general de la propuesta

4.3.1 Título

Plantear talleres de capacitación sobre el trastorno somatomorfo para mejorar los síntomas somáticos de los adultos mayores del centro gerontológico del buen vivir de Quevedo.

4.3.2. Componentes

El programa se desarrollará con talleres de aproximadamente de 2 veces a la semana, estará dirigida a los adultos mayores y administrativos del centro gerontológico. La aplicación de estrategia de intervención se llevará a cabo por las autoridades del establecimiento antes mencionado.

Cada uno de estos talleres irán de la mano con los objetivos antes mencionados, estará enfocada en el mejoramiento de las relaciones personales de los adultos y en modificar ciertos aspectos psicológicos por medio de la terapia cognitiva-conductual, la cual está dirigida en cambiar aspectos tanto de la conducta como en el pensar de los adultos mayores del centro gerontológico del buen vivir de Quevedo.

La finalidad de esos talleres es que tanto los adultos mayores, como el personal que labora dentro del establecimiento, consigan nuevos conocimientos acerca de esta problemática que afecta directamente diversas áreas de la persona, afectando así la comunicación de ellos con las demás personas.

Los talleres se diseñaron a partir de los objetivos y sobre todo de los resultados obtenidos tras la ejecución de las encuestas y de las entrevistas realizadas a los adultos mayores y personal que laboran en el centro gerontológico “Buen Vivir” de Quevedo.

TALLER N°1

Tema: Trastorno somatomorfo

Dar la bienvenida a todo el público, agradecerles por la asistencia, dar ciertas pautas para que los talleres sean mucho más dinámicas para que haya una buena comunicación e interpretación de los diferentes temas a tratar, a continuación, se explicara las diferentes temáticas.

Definición.

El trastorno somatomorfo es una patología que afecta a los adultos mayores, esta se presenta de diversas maneras las cuales pueden ser confundidas con otras afecciones producto de la edad.

Objetivo.

Dar a conocer acerca de esta temática y los diferentes síntomas que se presentan.

Importancia.

Es importante dar a conocer acerca de esta temática y de los diversos tipos de trastorno somatomorfo con sus respectivos síntomas que se presentan.

Propósito.

El propósito es que el personal que trabajan dentro del centro gerontológico tenga conocimiento sobre de los diversos síntomas que se presenta en este trastorno y que pueda afectar al adulto mayor.

Contenido.

Trastorno somatomorfo

Este trastorno se caracteriza por presentar síntomas físicos que denotan alguna enfermedad médica y que no ha sido demostrada totalmente y que, por la presencia de alguna u otra enfermedad, sustancia o por otro trastorno mental, muchas veces se la confunde con alguna otra enfermedad.

Existen diversos tipos de trastorno

El Trastorno somatomorfo indiferenciado: es la presencia de síntomas físicos.

Los síntomas son:

- Uno o más síntomas físicos no limitados al dolor.
- El tiempo de los síntomas van de 6 meses o más.
- Estos síntomas no son el resultado de otro trastorno.

El trastorno Dismórfico corporal: consiste en un rechazo exagerado por parte del sujeto hacia su cuerpo.

Los síntomas son:

- Los pacientes suelen reconocer ciertos niveles de exageración, se centra en la cara, la forma de la nariz, la mandíbula.

Trastorno de somatización: este genera un elevado nivel de ansiedad.

Trastorno hipocondriaco: percepción de síntomas específicos de una enfermedad que responde únicamente a la subjetividad del paciente.

Los síntomas son:

- hipocondriasis

Trastorno de conversión: lleva a la idea de que existe una patología severa.

Los síntomas son:

- Pérdida o variación de algunas funciones motoras o sensitivas, que muestra un trastorno neurológico o médico.

Trastorno de dolor: al principio el dolor tiene justificación, pero luego persiste a pesar de que la zona afectada haya sanado por completo.

Los síntomas son:

- Dolor crónico asociados a menudo a síntomas depresivos.

El paciente puede presentar una amplia variedad de síntomas somáticos que afectan a diferentes órganos:

- Síntomas generales: astenia, cansancio.
- Musculosquelético: cervicalgias, dolores generalizados.
- Gastrointestinales: dolor y distensión abdominal, diarrea.
- Cardiovasculares: palpitaciones, dolor torácico, sensación de falta de aire.
- Neurológicos: cefalea, mareos, debilidad muscular, alteraciones de la visión.
- Genitourinarios: disuria, prurito, dispareunia.

Evaluación

Con el fin de conocer como estuvo el taller, se realizará una evaluación sencilla de la reunión, esta evaluación será de tan solo dos preguntas:

- 1. ¿Cómo le pareció el tema tratado?**
- 2. ¿Tiene alguna sugerencia acerca de la temática o para mejorar nuestras próximas reuniones?**

TALLER N°2

Título: La Comunicación

Definición

La comunicación es la acción y efecto informar o comunicarse, es el trato o correspondencia entre dos o más personas que se transmiten ideas mediante un código común al emisor y al receptor.

Objetivo

Animar a los adultos mayores al intercambio de ideas, para mejorar sus relaciones de amistades y desarrollar su personalidad, la comunicación es uno de los aspectos sobre los que gira la vida.

Propósito.

El propósito del taller es sensibilizar a los adultos mayores acerca del valor que tiene la comunicación en su vida personal.

Contenido.

La comunicación.

La comunicación es uno de los aspectos básicos sobre lo que gira la vida, el taller de comunicación busca sensibilizar a los adultos mayores acerca del valor que tiene la comunicación.

Considerar que el auténtico dialogo no es tan solo un intercambio de palabras, ni tampoco de ideas o conceptos tan manoseadas como la justicia, la libertad y la paz, el dialogo es un arma secreta que se relaciona horizontalmente a dos seres que quieren compartir algo de su vida con humildad y generosidad.

Como mejorar los obstáculos en la comunicación.

- Comunicarse adecuadamente es una responsabilidad de dos: el que habla y el que escucha.

Más que oír las palabras o sonidos, saber escuchar significa:

- Entender lo que la persona me quiere decir.
- Ayudarle a expresar sus sentimientos e ideas.
- Mostrar respeto y aceptar lo que dicen, aun si no estamos de acuerdo.

Cuando sabemos escuchar, podemos:

- Resolver conflictos y diferencia.
- Evitar malas interpretaciones.
- Demostrar nuestro respeto por la persona que habla.

- Aprender a escuchar.
- Evitar perder el tiempo

Para escuchar bien, es necesario:

- Poner atención, mirar a los ojos de la persona que habla y mostrarle con nuestros gestos expresión que lo estamos escuchando. No pensar en otras cosas o en lo que queremos responder.
- No interrumpir mientras te están hablando de algún tema importante para él.
- Preguntar siempre que tengamos alguna duda, respecto a lo que nos están diciendo.
- No reacciona ante los desacuerdos, esperar a que la otra persona acabe de hablar, para contestar.

Falta de respeto por la otra persona.

Cuando no se respeta o acepta al otro, no se le da importancia a las opiniones y sentimientos, se generan burlas, se ignoran y se platica lo que se cuenta, esta actitud trae consecuencias que quizás molesten, pero la persona misma la propicia.

Hay que recordar que cada persona es diferente y se tiene que aceptar y respetar esas diferencias, las otras personas tienen el mismo derecho que nosotros a pensar y sentir de manera diferentes, sin embargo, respetar no quiere decir estar de acuerdo.

Etiquetar a la persona.

Cuando se califica a alguien de determinada manera y se forma una imagen de acuerdo a esa clasificación (la etiqueta), ya no se le da importancia, ni se la escucha. Se actúa de acuerdo a la etiqueta.

Problemas anteriores, no resueltos.

Si se está enojado o resentido, con una persona, por situaciones del pasado, estos sentimientos impiden que se le preste atención a lo que se quiere decir en el presente, cualquier palabra o gesto sirve como detonador de las emociones y se pierde de vista el tema que se quiere tratar.

Demasiada tensión o enojo

No importa si las emociones negativas son resultados del tema que se está tratando o no; si son demasiado intensas impiden hablar con claridad y escuchar con atención y respeto.

Experiencias pasadas, dolorosas, relaciones con el intento de comunicarse.

Cuando se ha sido criticado, rechazado o ignorado o si, en el pasado, los esfuerzos por aclarar los problemas fueron inútiles, no es difícil tener una actitud abierta ante una comunicación importante.

Recuerde que es necesario hacer el esfuerzo y estar conscientes de que es otro tiempo y que en este momento se tiene más herramientas y experiencias, además siempre podemos aprender.

El pasado no tiene por qué ser determinante de nuestro futuro.

Pensar que el esfuerzo no servirá de nada.

Esta actitud pesimista, puede servirnos de excusa para evitar el esfuerzo y disfrazar el temor a fallar.

Evaluación

Con el fin de conocer como estuvo el taller, se realizará una evaluación sencilla de la reunión, esta evaluación será de tan solo dos preguntas:

1. **¿Cómo le pareció el tema tratado?**
2. **¿Tiene alguna sugerencia acerca de la temática o para mejorar nuestras próximas reuniones?**

TALLER N°3

Tema: Psicoterapia

Definición

La psicoterapia se constituye a partir del uso de un instrumento, mismo que se apoya en una técnica y que actúa a través del psiquismo para modificar síntomas o enfermedades mentales y hasta físicos.

Objetivo

Ayudar al paciente a disminuir sus limitaciones, incapacidad o invalidez y con ellos propiciar un mejor funcionamiento y una mejor calidad de vida

Importancia

Lograr una buena salud mental en la vejez, en la cual suelen presentarse problemas psicológicos.

Propósito

El propósito, ante todo es la comprensión de los fenómenos, además de descubrir la razón por el cual el paciente actúa de determinada manera y en determinado momento.

Contenido

Psicoterapias

La psicoterapia es un tratamiento científico, de naturaleza psicológico que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento de la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas.

Salud mental y vejez

Es un sentimiento de bienestar emocional producto de la relación equilibrada y armónica entre las realidades internas y las realidades externas del individuo, manifestaciones por medio de un ajuste flexible, constructivo a la vida, con relaciones empáticas, productividad, objetividad, libertad, ponderación de juicio, así como estabilidad, positividad de la conducta y congruencia con su cuadro de valores humanos.

La salud mental de los adultos mayores está determinada por aspectos de su historia clínica, la incidencia de padecimiento que generan incapacidad y afectan el funcionamiento cerebral, las imitaciones en el estilo de vida, la pérdida de autonomía, la muerte de personas significativas o de bienes, estatus social, la pobreza y el aislamiento son factores de riesgo.

La atención a la salud mental del adulto mayor

Uno de los problemas de la población longeva es la falta de atención adecuada en las instituciones de salud, que se debe a la mayoría de las veces, ya que el personal, aparte de no ser tolerante y paciente, carece de capacitación, comprensión y efecto, en consecuencia, le resulta embarazoso, desagradable e irritante brindar un servicio de calidad total, lo cual incluye además del trato afectuoso, un tratamiento interdisciplinario con enfermeros, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, psicoterapeutas y geriatras, a fin de ofrecer a estas personas una atención de mejor calidad.

Trastornos psicológicos más frecuentes en la vejez

En ciertos casos, la vejez implica cambios psicológicos que desgraciadamente no son fáciles de tomar en cuenta, se suele presentar una lastimosa soledad, sentimientos de inutilidad, falta de afecto, aislamiento social, inactividad, temor a la muerte y depresión, estos estados psicológicos provocan daños profundos en la salud mental y emocional del adulto mayor y tienen consecuencias negativas al interior del ambiente familiar o entorno donde vive.

Existe generalizaciones prejuiciosas que afirman que los adultos mayores terminan inevitablemente como dementes seniles y que todos ellos padecen de depresión, estos prejuicios no permiten pensar en un envejecimiento normal, ya que no consideran que hay un elemento psíquico que puede permanecer intacto y sano aun con el pasar de los años.

La psicoterapia en la vejez

La terapia en los adultos mayores tiene un aspecto específicamente psicológico y otro social, estos dos aspectos están profundamente relacionados y como todo lo que tiene que ver con la diferencia y la marginalidad, los patrones culturales ejercen un peso determinado, la terapia cognitiva conductistas 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 ni tumbarse en un sofá durante horas, este modelo es básicamente considerado con el edad.

Diversos modelos psicoterapéuticos para el trabajo con adultos mayores

Dos de los temas a los que se dedica una mayor atención son:

- La psicoterapia de la depresión en la vejez.
- Las psicoterapias de reminiscencias y revisión vital.

Evaluación

Con el fin de conocer como estuvo el taller, se realizará una evaluación sencilla de la reunión, esta evaluación será de tan solo dos preguntas:

- 1. ¿Cómo le pareció el tema tratado?**
- 2. ¿Tiene alguna sugerencia acerca de la temática o para mejorar nuestras próximas reuniones?**

TALLER N°4

Tema: Terapia cognitiva-conductual

Definición

Este tipo de psicoterapia con la que se ayuda a los pacientes a cambiar su conducta mediante el cambio de la forma en que piensan y siente sobre ciertas cosas.

Objetivo

Ayudar que la persona adquiera, recursos y herramientas personales que le permitan afrontar los diferentes retos y situaciones que le surjan a lo largo de la vida.

Importancia

Al reducir las emociones negativas, se le enseña a la persona afrontar estas emociones, y fomentar las emociones positivas para mejorar el bienestar general de la persona.

Propósito

Reducir la frecuencia de las emociones negativas, trabajando también de forma paralela con el nivel de activación.

Contenido

Terapia cognitiva-conductual

Es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos.

La TCC le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras "terapias habladas", la TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado de ánimo.

Se ha demostrado que es útil tratando:

- Ansiedad

- Depresión

- Pánico

- Agorafobia y otras fobias

- Bulimia

- Trastorno obsesivo compulsivo

- Trastorno postraumático

- Esquizofrenia

¿Cómo funciona?

La TCC le puede ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas. Esto le ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil.

De ella pueden derivarse:

- Pensamientos
- Emociones
- Sensaciones físicas
- Comportamientos

Cada una de estas áreas puede afectar a las demás, sus pensamientos sobre un problema pueden afectar a cómo se siente física y emocionalmente, también puede alterar lo que usted hace al respecto.

Evaluación

Con el fin de conocer como estuvo el taller, se realizará una evaluación sencilla de la reunión, esta evaluación será de tan solo dos preguntas:

- 1. ¿Cómo le pareció el tema tratado?**
- 2. ¿Tiene alguna sugerencia acerca de la temática o para mejorar nuestras próximas reuniones?**

TALLER N°5

Tema: Neuróbica

Definición

Neuróbica o también llamada gimnasia cerebral, son ejercicios para ejercitar el cerebro y así mantener la memoria, el saber y los recuerdos activos.

Objetivo

Mantener la memoria activa y ser menos olvidadizos.

Importancia

Fortalecer el cerebro, por lo que con el tiempo lograremos tener una mayor rapidez mental para actuar en nuestro día a día.

Propósito

El propósito de este taller es mantener la mente activa y así retardar el envejecimiento del cerebro.

Contenido

Neurobica: gimnasia cerebral

La neuróbica es la realización de ejercicios, como pueden ser la resolución de actividades, problemas o rompecabezas mentales que ejercitan el cerebro para que este más ágil.

La gimnasia cerebral ayuda a que nos esforcemos mentalmente, por lo tanto, seguiremos un aprendizaje constante que mantendrá el cuerpo y alma balanceado, el aprendizaje proviene también del cuerpo ya que con todas las sensaciones que nos vienen por los 5 sentidos obtenemos un conocimiento total que se combina con el cerebro y la mente.

Ejercicios de gimnasia cerebral

Los ejercicios para mantener la memoria son los siguientes:

- Realizar actividades de entrenamiento rutinarios como la resolución de crucigramas, sopas de letras, sudokus o resolver puzles, que harán que nos esforcemos mentalmente.
- Recordar tareas sencillas como la lista de compra o memorizar acciones que tengamos que realizar: ir al médico, recordar una reunión o cualquier tarea común son ejercicios de memoria que harán que tengamos la mente activa.
- Escritura: todo lo que realizamos, si lo escribimos, se retiene mejor en el cerebro, podemos escribir en un diario nuestras actividades diarias e intentar recordarlas al día siguientes, de esta forma mantendremos los recuerdos al día.
- Leer: con la lectura le damos información al cerebro, si leemos en voz alta retendremos mejor la información y de esta forma la recordaremos más fácilmente.
- Recordar palabras complicadas o que no utilizamos habitualmente mediante la asociación de hábitos o circunstancias comunes.

Además de ejercicios de gimnasia mental es importante realizar también actividad física que refuerce la mente:

- Realizar actividad rutinaria como abrir las puertas o las llaves de agua con la mano no dominante.
- Entrelazar los dedos índice y meñique de cada año para conectar los dos hemisferios del cerebro, así como realizar ejercicios cruzados como tocar la rodilla izquierda mientras la levantamos con la mano derecha.

La gimnasia mental sirve para mejorar algunos de los aspectos de las personas, sobre todo los adultos mayores a las que el estrés diario afecta sus facultades cognitivas y que requiere de su recuperación o refuerzo para combatir el retraso en la motricidad.

Evaluación

Con el fin de conocer como estuvo el taller, se realizará una evaluación sencilla de la reunión, esta evaluación será de tan solo dos preguntas:

- 1. ¿Cómo le pareció el tema tratado?**
- 2. ¿Tiene alguna sugerencia acerca de la temática o para mejorar nuestras próximas reuniones?**

TALLER#6

Tema: Actividad Física

Definición

La actividad física en el adulto mayor ayuda a combatir el estrés, prevenir y reducir la ansiedad, evita la depresión, mejora la motivación, el autocontrol y la autoestima.

Objetivos

Incentivar la actividad física regular en los adultos mayores.

Importancia

Fortalecer los principales grupos de músculos.

Propósito

Estimular al adulto mayor la práctica de ejercicios.

Contenido

Actividad Física

Esta consiste en realizar actividades entretenidas o de desplazamiento, actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades.

Al fin de obtener mejores beneficios para la salud, los adultos mayores, deben dedicar hasta 300 minutos a la semana a la práctica de actividad física, una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa de acuerdo al tipo de ejercicio que pueda realizar el adulto mayor.

Los adultos mayores con movilidad reducida deben realizar actividades físicas que mejoren su equilibrio e impedir las caídas, cuando los adultos mayores no pueden realizar las actividades físicas recomendadas, debido a su estado de salud se mantendrán físicamente activos, en la medida en que le permita su estado o condición física.

Para aquellos adultos que no pueden realizar actividades físicas, debido a que su estado de salud no se lo permite, recomendamos que dentro de sus posibilidades realice con los brazos y los pies algún tipo de ejercicio.

Los beneficios de la actividad física son:

- Sentirse mejor (más sano, optimista y confiado).
- Mejorar la concentración, apetito y sueño.
- Mantener el equilibrio y coordinación de movimientos.

- Prevenir la obesidad.
- Conservar una vida independiente.
- Mejorar la fuerza muscular.
- Prevenir la “sarcopenia” (pérdida de masa muscular).
- Reducir el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares).
- Mejorar las concentraciones de glucosa en sangre.
- Mejorar la resistencia aeróbica y cardiovascular.

La actividad física en el adulto mayor ayuda a combatir el estrés, prevenir y reducir la ansiedad, evitar la depresión, mejorar la motivación, el autocontrol y la autoestima, todos estos beneficios se tienen al realizar actividad física en esta edad.

También ayuda, para aumentar la confianza en el adulto y le brinda satisfacción y un bienestar general, por eso es muy importante que el adulto mayor procure incorporar el hábito del ejercicio físico, pero siempre teniendo en cuenta sus limitaciones y riesgos.

La práctica de ejercicio físico de manera regular debe ser un hábito indispensable en la vida de todas las personas, independientemente de su edad o de su condición física, es considerado el arma secreta para sentirse bien, vivir más tiempo y desacelerar el proceso de envejecimiento.

La forma en que la actividad física se incorpora al estilo de vida de los adultos mayores es de vital importancia, ya que esta les ayudara en su estado de salud, el tipo de actividad física más común y conveniente entre los adultos mayores es caminar, esta actividad puede ser realizar por la mayoría de los adultos mayores, durante todo el año con un ritmo y duración que puede ser controlada fácilmente por ellos.

Algunos de los beneficios que brinda el caminar a los adultos mayores es:

- Refuerzo positivo que produce en el adulto al crearse un hábito.
- Principal opción para aumentar la actividad física en los adultos mayores sedentarios.
- Se puede realizar de manera individual o en grupo, favoreciendo el contacto con los demás y una mejor relación con la sociedad.

Utilizando ejemplos prácticos de las posibilidades diarias de aumentar el ejercicio físico (por ejemplo, ir a hacer la compra, subir escaleras en lugar de coger el ascensor, sacar el perro a pasear etc.

Es decir, convenciéndolos, con la idea de que la actividad física influye en la conservación de la independencia, para que ellos no se sientan dependientes de otras personas.

Los beneficios obtenidos al realizar actividad física en adultos mayores aplicados a la salud mental son diferentes:

- Disminuye el riesgo de sufrir deterioro cognitivo y con ellos padecer alguna demencia.
- Tiene relación con la disminución de la ansiedad.
- Previene y reduce el estrés.
- Sirve de protección frente a la depresión y con el alivio de sus síntomas.
- Parece que existe relación entre un bajo nivel de actividad física y altos índices de depresión.
- Mejora la motivación, autocontrol y autoeficacia.

- Aumenta la autoestima y la confianza en ellos mismos.

- Proporciona mayor satisfacción a nivel personal y bienestar general en los adultos mayores.

En adultos mayores, se recomienda una actividad física de intensidad moderada y al mismo tiempo unas expectativas de convicción y compromiso con la actividad física que van a realizar, convenciéndose que tiene un efecto beneficioso para su estado de salud y condición física.

Evaluación

Con el fin de conocer como estuvo el taller, se realizará una evaluación sencilla de la reunión, esta evaluación será de tan solo dos preguntas:

- 1. ¿Cómo le pareció el tema tratado?**

- 2. ¿Tiene alguna sugerencia acerca de la temática o para mejorar nuestras próximas reuniones?**

TALLER#7

Tema: Talleres para ejercitar las neuronas.

Definición

Al igual que ejercitar nuestro cuerpo haciendo ejercicios físicos, podemos estimular nuestra mente para conseguir un mejor funcionamiento cognitivo.

Objetivos

Ejercitar las neuronas.

Importancia

Atraves de este taller se podrá mejorar el rendimiento de la memoria.

Propósito

Ayudar a los adultos mayores a reducir la ansiedad que se provoca tras los fallos de la memoria.

Contenido

Talleres para ejercitar las neuronas

Los talleres de memoria son una herramienta muy útil para retrasar, el deterioro cognitivo, y si se realizan de forma preventiva, cuando empiezan a detectarse los primeros olvidos injustificados mucho mejor, nos enfocamos en los talleres memorísticos, piezas clave, juntas a la dieta sana y el ejercicio físico- para recordar mejor.

¿Qué se hace en los talles de memoria?

En estos talleres hacemos psicoestimulación a través de diferentes actividades.

¿Cómo los organizamos?

Primero se explica a los mayores el proceso de envejecimiento neuronal, hay que saber cuál es la causa por la que se produce un olvido porque hay diferentes tipos de lo que llamamos quejas de memoria.

No es lo mismo olvidar un producto en la compra que olvidar el nombre de una persona, existen unos diez tipos de olvidos principales o quejas de memoria, en un día cualquiera (cerrar la puerta, apagar el gas, la plancha) y cada uno de ellos tiene una causa dentro del funcionamiento normal de la memoria, muchas personas ya saben que tienen que ejercitar la memoria para no perderla, como saben que tienen que hacer gimnasia para mantener el organismo sano.

Entender los recuerdos ayuda a no perderlos.

La clave está en tres cuestiones: saber cómo funciona la memoria, porque se produce cada tipo de olvido y conocer que se puede hacer, para mejorar la memoria y lo despistes del día a día, así funciona la memoria: primero nos impacta un estímulo, lo que se convierte en recuerdo a corto plazo; más tarde se transforma en recuerdo a largo plazo, cuando han pasado muchos días, o intentamos recuperar.

La atención es fundamental porque sin atención no hay memoria, podemos hacer una prueba práctica para comprobarlo si nos preguntamos, tapando nuestro reloj: “¿Mi reloj tiene 1 números? ¿Los tiene todos? ¿Estos números son normales o romanos?”. Muchas personas pueden no saber contestar o fallar estas preguntas. Esto es normal, ya que, aunque miremos la hora muchas veces en el día, probablemente no nos fijemos en como es el reloj.

Si ha habido atención, lo siguiente para memorizar algo es codificarlo, es decir hacer algo con esa información, normalmente se recurre a repetir internamente lo que queremos memorizar, aunque en estos talleres enseñamos otras técnicas más sencillas y con resultado mucho más satisfactorios como la asociación.

Una vez consolidado el recuerdo seguramente en la fase REM de nuestro sueño, entrará en nuestro “desván” la memoria a largo plazo y cuando queramos recordar algo, eso estará más o menos accesible dependiendo de cómo se guardó, si se asoció o no a otras cosas, y del uso que le hemos dado, es decir un recuerdo almacenado, pero no usado costara recuperarlo, como por ejemplo el nombre de alguien conocido pero que no vemos, ni nombramos hace tiempo. En ese caso, el cerebro ha perdido la huella de memoria (amnésica) es decir, el camino que le lleva a localizar el recuerdo almacenado.

¿Cuáles son las causas de los olvidos?

Hay muchas, pero vamos hacer hincapié en los porqués fundamentales de los olvidos:

Falta de atención.

Para evitarlo hacemos ejercicios de atención (atención mantenida, atención dividida, atención selectiva) para mantener alerta la mente del mayor.

Fallo de codificación.

Como hemos mencionado para evitar este tipo de olvidos tenemos estrategias de memoria como la asociación por ejemplo al aparcar el coche en un centro comercial, podríamos fijarnos en el número (atención) y codificarlo correctamente (asociación), si fuese el número, 82 “el mundial de fútbol”, el 23 “golpe de estado” o “aniversario”, por ejemplo.

También ayuda a codificar la agrupación (de conceptos, palabras) otra forma de acordarnos de cosas es por el contexto: volver al lugar que ha generado el estímulo nos recuerda, por ejemplo, “a por qué íbamos a la nevera”.

Evaluación

Con el fin de conocer como estuvo el taller, se realizará una evaluación sencilla de la reunión, esta evaluación será de tan solo dos preguntas:

- 1. ¿Cómo le pareció el tema tratado?**
- 2. ¿Tiene alguna sugerencia acerca de la temática o para mejorar nuestras próximas reuniones?**

TALLER#8

Tema: El ser humano

Definición

Los seres humanos tanto el hombre como la mujer tiene la capacidad de razonar, reflexionar, actuar frente a la sociedad.

Objetivos

Fomentar la trasmisión de ideas y pensamientos para mejor sus relaciones personales.

Importancia

Es importante este taller ya que todos los seres humanos merecemos respeto, ya que somos sujetos y no objetos.

Propósito

El propósito es interrelacionar a los adultos mayores para que se valoren más y tenga buena relación con los demás.

Contenido

El ser humano

Los seres humanos por naturaleza nos socializamos y nos integramos en todo ámbito, por lo que el aislamiento conllevaría a una sociedad despersonalizada, que se ha perdido el respeto por otro ser humano, en la que no se guarda consideración por los derechos fundamentales del ser y con frecuencia se menoscaba la dignidad especialmente de los más frágiles.

Todos los seres humanos merecemos respeto y consideración ya que somos sujetos y no objetos, se debe incidir que el respeto y la dignidad de la persona comienza en la propia familia.

Es un ser biológico.

Es biológico, desde que es un ser que deberá atravesar un ciclo vital hasta los determinantes genéticos o evolutivos. condición que puede resumirse en una obviedad: los seres humanos somos seres encarnados, esta condición biológica es el soporte material sobre el que después se desarrollarán los otros aspectos y es el único ser consciente de su propia finitud: Su relación con la conciencia de la unidireccionalidad del tiempo.

Esta característica es la generadora de este sentimiento tan específico que es la “angustia existencial”, su efecto más conocido es la necesidad de crear un sentido a los actos de vida y a la vida misma, de aquí deriva también la necesidad de trascender y los ya conocidos actos heroicos. Su producto final más acabado y refinado es el ser humano como constructor de significados personales y masivos organizados en relatos.

Es un ser emocional.

Las emociones son modelos organizativos y de interpretación evolutivamente anteriores a la racionalidad y que no desaparecen a lo largo de la vida, las decisiones cotidianas, están directamente ligadas a la emocionalidad, aunque no se pueda hacerse consciente, no significa que no intervengan en el momento y acto de decidir.

Las emociones se sienten y se las siente como verdaderas, no mienten, no son engañosas, son lo que “sinceramente” una persona siente, el ser humano como ser “esencialmente” racional, es una falacia post-cartesiana.

Evaluación

Con el fin de conocer como estuvo el taller, se realizará una evaluación sencilla de la reunión, esta evaluación será de tan solo dos preguntas:

1. **¿Cómo le pareció el tema tratado?**
2. **¿Tiene alguna sugerencia acerca de la temática o para mejorar nuestras próximas reuniones?**

TALLER#9

Tema: Psicomotricidad en adultos mayores.

Definición.

La psicomotricidad es una disciplina que engloba a la persona en su totalidad, integra sus interacciones afectivas, sociales, cognitivas, físicas y sensoriales, interacciones que expresa a través del cuerpo y del movimiento.

Objetivos

Conseguir una mejor calidad de vida, fomentando un estilo de vida saludable.

Importancia

Es importante ya que se mejora la autonomía personal.

Propósito

El propósito es interrelacionar a los adultos mayores para que se valoren más y tenga buena relación con los demás.

Contenido

Psicomotricidad en adultos mayores.

La intervención Psicomotriz, permite el aprendizaje de nuevas estrategias y habilidades acorde a la edad. En ella se plantea una serie de actividades donde se utilizan técnicas activas como musicoterapia, juegos, manualidades, baile, gimnasia suave, expresión corporal deporte, etc.

Todas estas actividades tienen el objetivo de ayudar a la persona que las realiza, a expresar sentimientos y emociones, a coordinar movimientos, facilitar la toma de decisiones dentro de un grupo o a nivel individual, reducir la ansiedad y el estrés, liberar frustraciones, mejorar y/o aprender habilidades sociales y cognitivas, etc.

Existe una gran diversidad de definiciones relacionadas con esta disciplina o ciencia del movimiento. Existe tres niveles que se utilizan, teniendo en cuenta los objetivos que se quieren conseguir y la población a la que va dirigida.

- Educación Psicomotriz: tiene como fin fomentar o estimular el desarrollo global en las personas durante sus primeros años de vida, en el marco de la escuela.
- Reeducación Psicomotriz: se dirige a personas que tienen algún tipo de dificultad en el aprendizaje y, por tanto, necesitan un tipo de intervención más específico que el utilizado en el nivel anterior. Se aplica a niños, adolescentes, adultos y ancianos.
- Terapia: Va enfocada a pacientes que requieren una mayor intervención debido a que presentan alteraciones o deterioros severos, tanto a nivel cognitivo como físico, social y emocional.

Actividades de psicomotricidad en personas de la tercera edad.

Como hemos visto, la psicomotricidad es variada y se aplica en diferentes contextos dependiendo de las circunstancias y el tipo y el tipo de intervención que se necesite en cada caso.

En la intervención a personas de la tercera edad, se tienen en cuenta los cambios biológicos, psicológicos, sociales y corporales que se van produciendo a lo largo del envejecimiento.

Entre los aspectos que se valoran para diseñar un programa de actividades dirigido a personas de la tercera edad, tenemos en cuenta:

- Flexibilidad.
- Control del tono muscular.
- Función respiratoria.
- Atención, memoria, lenguaje.

Evaluación

Con el fin de conocer como estuvo el taller, se realizará una evaluación sencilla de la reunión, esta evaluación será de tan solo dos preguntas:

- 1. ¿Cómo le pareció el tema tratado?**

- 2. ¿Tiene alguna sugerencia acerca de la temática o para mejorar nuestras próximas reuniones?**

Actividad 1: Los ciegos

Se dividen en dos grupos, la primera mitad serán personas ciegas, mientras que la otra serán guías, los ciegos deben dejarse llevar por sus compañeros guías recorriendo toda la sala o el entorno.

Luego de 2 minutos se cambian el rol, al terminar esta dinámica las dos personas se sientan a conversar sobre las experiencias y confianza que sintieron sobre la otra persona, es fácil o difícil confiar en otra persona, como se sintieron más cómodo como guía o como ciego.

Actividad 2: La Gran Fiesta

Esta actividad se la realizará en un espacio amplio, se necesitará una silla por persona, también se empleará cartulinas, diferentes lápices de colores, el grupo deberá saber que antes de comenzar la actividad se debe respetar el turno a la hora de hablar, aportar su opinión.

Se hará un círculo entre participantes del grupo y se empezará con una historia: vivimos en un reino, en el que el rey quiere realizar una fiesta por la llegada de la primavera, pero como no ha hecho muchas fiestas, no tiene ni idea como hacerla, para ello ha pedido a su pueblo que le entreguen ideas, esto deberá presentarse antes de la fecha de la fiesta, así el rey realizara lo que más le guste.

Con todo el mundo y una vez explicada la situación, se forman grupos de 5 personas atribuyendo a cada uno una categoría: ancianos del pueblo, hombres, mujeres, niños y animales, cada grupo deberá intentar plasmar en el papel, el rol que le ha tocado representar dentro del reino.

En la puesta en común se discutirá los diferentes estereotipos en los que han sido divididos y la razón de sus responsabilidades.

Actividad 3: Formar Palabras

Esta actividad se realizará con todos los participantes, se les dará un tablero con varias casillas, la cual dentro tendrá una letra por cada una.

Los participantes deberán formar tantas palabras como puedan con las letras que se encuentran en cada casilla, teniendo en cuenta que no se deben repetir ninguna, al final de la actividad mostrarán a los demás participantes cuantas palabras lograron hacer, esto ayudara a los adultos para que puedan hacerles frente a los diversos obstáculos que se le presenta con tan solo tener pocas cosas.

Actividad 4: Las Cinco Diferencias

Se le dará a cada participante varias fotos similares, en las cuales ellos deberán encontrar las diferencias que se presentan dentro de cada una de ellas.

La temática de este juego es hacer que los adultos mayores tengan la capacidad de reconocer las pequeñas diferencias que yacen dentro de cada foto, y hacerles entender que, aunque creamos que tengamos problemas similares como los demás, siempre habrá pequeñas diferencias y no todas se resuelven por igual.

Actividad 5: El Hallazgo De Tres Segundos

En esta actividad se les pedirá a los participantes que se respete la forma de pensar y ver las cosas que de cada uno.

Esta temática consiste en que cada participante se pondrá frente a diversas fotos que se le enseñará, en la cual ellos deberán de retener cada elemento que se encuentra dentro de ella, luego de esto se les pedirá que en una hoja escriban los elementos que se encuentran, la finalidad de este es que los adultos tengan la capacidad de memorizar y acordarse los diversos elementos que tiene las fotos.

Actividad 6: Me comunico sin hablar

Se les explicara a los adultos mayores que se realizar un juego, pero en el cual tiene prohibido hablar ya que si lo hacen pierden, el facilitador empezará dando un ejemplo de cómo será el juego, haciendo mímicas de alguna actividad cotidiana y ellos tendrán que adivinar.

Una vez explicado y entendido el juego, se dividirá en grupo, se le pedirá que elijan un representante que será la persona, que realizara la mímica, y los demás miembros de los grupos tendrán que adivinar qué actividad está realizando, se les comentara la importancia de las habilidades no verbales en la relación con los demás.

Actividad 7: La voz

Esta dinámica sirve para ver la importancia del tomo de voz en las relaciones interpersonales, se les pedirá a los adultos que estén sentados, una vez lo estén todo se les pedirá que canten una música que todos conozcan en un tono alto, después en un tono más bajito y por último en un tono normal.

Cuando se haga en tono muy alto se notará que algunos se taparán los oídos y pondrán una cara de desagrado, después al cantarlo bajito se les dirá que de esa forma no tampoco está bien por lo que en ninguno de los dos tonos se entiende lo que cantan, al final se resaltara positivamente cual es el tipo de tono que se debe tener cuando se entabla una conversación.

Actividad 8: Cambia, líder, cambia

Los adultos mayores formaran un círculo, excepto uno que se aleja mientras los demás deliberan para elegir al líder. Este debe dirigir el grupo, al indicarle disimuladamente las acciones que todos deben realizar al mismo tiempo y cambiar cada vez (las acciones que se realicen deben ser atendiendo a los ejercicios que se pueden realizar en esta edad). El juego comienza cuando regresa el que debe descubrir quién es el líder. Todos cantan el estribillo, que gradualmente van haciendo más rápido o en tono más vivo:

Salí de La Habana un día, camino de San Andrés

Y en el camino encontré...

Cambia, líder, cambia

Actividad 9: Los leones y las liebres.

Juegan ocho adultos mayores dividido en dos equipos de cuatro integrantes cada uno: los leones y las liebres, en el suelo se traza un cuadrado de unos cuatro metros de lado, con un cuadrado menor en el centro. En cada esquina del cuadrado mayor se dibuja un círculo: las bases de las liebres. El cuadrado menor es el de los leones. Estos inician el juego con el siguiente diálogo:

Leones; Liebres, ¿qué hora es?

Liebres: Las once.

Leones: Es la hora de almorzar.

Cuando dicen esto los leones, las liebres caminan con pasos rápidos hacia sus bases para impedir ser devoradas y se trasladan de una base a otra.

Para ser ganadores, los leones deben atrapar a más de la mitad de las liebres. De no lograrlo en el tiempo fijado, ganan las liebres.

4.4 Resultados esperados de la alternativa

Lograr la participación de los adultos mayores y del personal administrativos que laboran en el centro gerontológico a los diferentes talleres y actividades para mejorar la calidad de vida de los longevos.

Mejorar la comunicación de los adultos mayores para que así los cuidadores tengan en conocimiento sus necesidades, una vez terminados los talleres se espera, que los adultos mayores puedan reconocer ciertas pautas que le ayuden a mejorar la forma de comunicarse, para que la integran en su vida diaria.

Hacer que exista una mejor interpretación de los síntomas somáticos por parte de los administrativos, para que así puedan ayudar a los adultos mayores a mejorar su estilo de vida y fortalecer las relaciones personales de ambas partes.

Generar conocimiento a la comunidad gerontológica acerca del trastorno somatomorfo, ya que muchas veces se confunde sus síntomas como otro tipo de patología, estimular a los adultos mayores a la participación diaria de las actividades que se desarrollan en el establecimiento.

Incentivar el hábito del ejercicio en el adulto mayor para mejorar su estado de salud tanto física como mental e inclusive es esencial ya que se puede convertir en una tarea para disfrutar en familia y acercarse más o para tener un tiempo de diversión con sus amigos, se puede fomentar la actividad física en la vida diaria de los adultos mayores realizando actividades adaptadas que en la juventud les gustaba realizar.

BIBLIOGRAFÍA

- Arancibia, M., Sepúlveda, E., Martínez, J. C., & Behar, R. (2016). Estado actual de los trastornos somatomorfos y conversivos en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 151-161.
- Barreto, D. (2008). *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador*. Quito: Organización Panamericana de la Salud.
- Cabrera, A., Vallejos, A., Jaimes, L., & Ruis, A. (2008). Trastornos somatomorfos. *Rev Fac Med UNAM*, 147-149.
- Dimsdale, J. (1997). *Trastorno somatomorfo*. San Diego: Manuales MSD.
- Dimsdale, J. (2018). *Trastorno de conversión*. University of California, Department of Psychiatry. San Diego: Manuales MSD.
- Gaedicke, A., & González, J. (2010). Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. *Revista Memoriza.com*, 1-14.
- García, J., Pascual, A., Alda, M., & Olivan, B. (2005). Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, (1) 15-23.
- Ginebra. (2014). TRASTORNOS SOMATOMORFOS. En O. Fiertag, S. Taylor, A. Tareen, E. Garralda, M. Irrázaval, & D. Azucena (Edits.), *Manual de Salud Mental de Niños y Adolescentes de la IACAPAP* (A. M. Cecilia Hernández González, Trad., págs. 1-24). Londres: Psiquiatría Infantil y Pediatría.
- González, A., Beyebach, M., Torres, P., & Schade, N. (2010). Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 20-29.
- Gorosabel, J. (2013). *Estudio de los síntomas somáticos asociados a los trastornos depresivos y de ansiedad en una población de atención primari*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Granel, A. (2006). Pacientes con síntomas somáticos no explicables. *Revista Evidencia*, 176-180.

- Guzmán, R. (Octubre de 2011). Trastorno por Somatización: Su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 234-243.
- Maestro, E. (1998). *modificación de conducta*. madrid: 5ta edición.
- Moreno, S. (2011). *Tratamiento cognitivo conductual de pacientes con trastorno de somatización abreviado (ssi 4,6) en atención primaria*. españa: Universidad de Zaragoza.
- Muñoz, H. (2009). Somatización: consideraciones diagnósticas. *Universidad Militar Nueva Granada*, 55-64.
- Navarro, L. (2009). Trastornos somatomorfos. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 10(1): 34-43.
- Noruega, E., Bayona, H., & Davila, A. (2007). Un caso de un trastorno somatomorfo por somatización. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 349-358.
- Orejudo, H., & Froján, X. (2005). Síntomas somáticos: predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales de Psicología*, 276-285.
- Ramirez, G., & Hernandez, L. (2006). síntomas psicomaticos y teoria transaccional de estres. *Universidad Autonoma de Nuevo Leon*, 46-60.
- Ramon, J., & Vasquez, R. (2012). Aproximacion critica a los trastornos somatomorfos en niños. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 41(4), 900-909.
- Riquelme, M., & Schade, N. (2013). Trastorno somatomorfo: resolutiveidad en la atención primaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 255-262.
- Sanches, M., & Guerrero, A. (2017). Actulizacion del trastorno psicomatico en la infancia y adolescencia. *PEDIATRÍA INTEGRAL*, 32-38.
- Sánchez, M. (2013). Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 255-270.
- Sánchez, M., & Rodríguez, B. A. (2012). Trastorno psicomatico. *PEDIATRÍA INTEGRAL*, 700-706.

- Schade, N., Beyebach, M., Torres, P., & Gonzales, A. (2009). Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un Caso de Trastorno Somatomorfo. *Terapia psicológica*, 27(2), 239-246.
- Schade, N., González, A., Beyebach, M., & Torres, P. (2010). Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48 (1): 20-29.
- Torales, J., Barrios, I., Gonzales, I., & Almiron, M. (2018). Trastorno de síntomas somáticos: una actualización. *REVISTA CIENTÍFICA ESTUDIOS E INVESTIGACIONES*, 7(1), 150-166.
- Velasco, S., & Ruiz, T. A. (JULIO- AGOSTO de 2006). MODELOS DE ATENCIÓN A LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS SIN CAUSA ORGANICA, DE LOS TRASTORNOS FISIOPATOLOGICO AL MALESTAR DE LAS MUJERES. *Revista Española de Salud Pública*, 80(4), 317-333.

Anexos



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA



Quevedo, 06 de marzo del 2019

MSC. CECIBEL CARRION AURIA
DIRECTORA DE MIES DISTRITAL DE QUEVEDO

De mis consideraciones

Suscrito, **CRISTHIAN JAVIER SOLORZANO FIGUEROA**, con cedula identidad **0928242809**, egresado de la especialidad de **PSICOLOGIA CLINICA**, de la **UTB EXTENSIÓN QUEVEDO**, me dirijo a usted muy cordialmente en primer lugar para desearle éxitos en su labor como **DIRECTORA DE MIES DISTRITAL DE QUEVEDO** de tan ilustre Institución en nuestro Cantón y en segundo lugar solicitarle **me permita realizar en su institución mi proyecto de tesis de investigación** previa a la obtención del título de **PSICOLOGA CLINICA**, cuyo tema es **"TRASTORNO SOMATOMORFO Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS MÚLTIPLES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE QUEVEDO"**. El aporte de esta investigación no solo aportará mi carrera profesional, también aportará a la institución ya que será de mutuo aprendizaje e beneficio de los adultos mayores.

Esperando que su respuesta sea afirmativa, quedo de usted muy agradecido.

Atentamente

Solorzano Cristhian
CRISTHIAN JAVIER SOLORZANO FIGUEROA
EGRESADO DE LA UTB-QUEVEDO
C.I. 0928242809



Encuestas a los adultos mayores

¿Presenta temblores o movimientos involuntarios?

Tabla 7

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	4,48%
A veces	10	14,93%
Nunca	54	80,60%
Total	67	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 7



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: el 4,48% de la población investigada respondieron siempre, el 14,93 a veces, mientras que el 80,60% nunca tiene estos síntomas, El total del porcentaje de pacientes que respondieron entre siempre y a veces manifiestan presenta temblores o movimientos involuntarios, mientras que la población restante no posee ningún tipo de problemas.

¿Durante su infancia usted sufría de maltrato físico y psicológico?

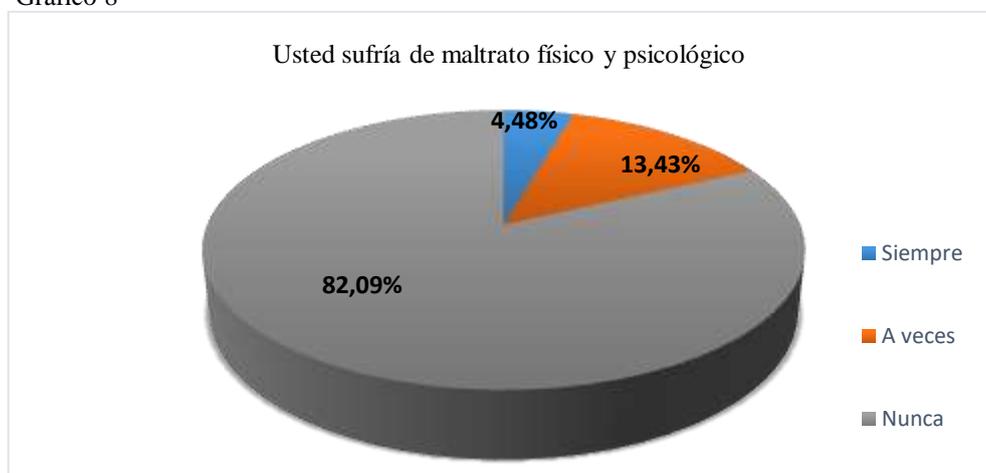
Tabla 8.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	4,48%
A veces	9	13,43%
Nunca	55	82,09%
Total	67	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 8



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: El 82,09% dijo que no, el 13,43% a veces, mientras que el 4,48% dijo que sí. Al analizar el primer porcentaje nos percatamos que los adultos mayores durante su infancia no presentaron maltrato físico y psicológico, mientras la población restante sí lo tuvo.

¿Usted considera que posee una enfermedad grave?

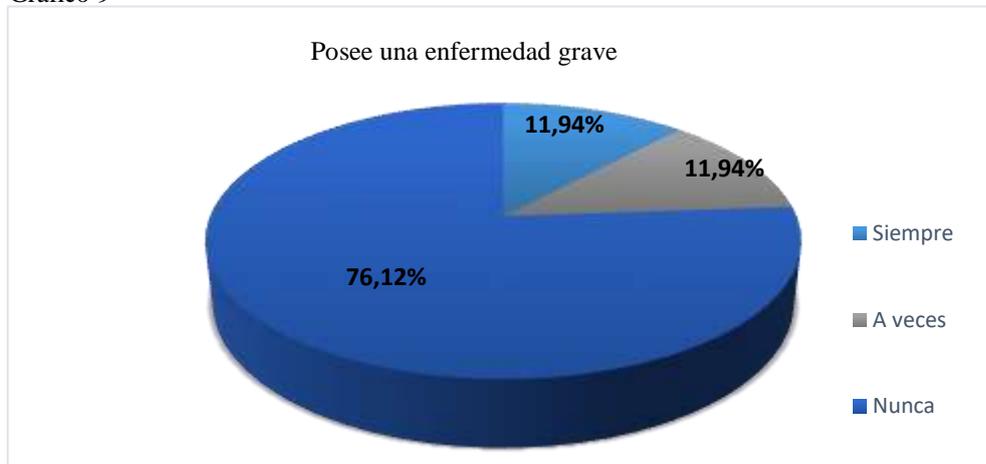
Tabla 9

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	11,94%
A veces	8	11,94%
Nunca	51	76,12%
Total	67	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 9



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: El 11,94% de la población investigada respondieron siempre, el 11,94% a veces, mientras que el 76,12% nunca tiene estos síntomas, El total del porcentaje de pacientes que respondieron entre siempre y a veces consideran que poseen una enfermedad grave, mientras que el resto de la población carecía de estos síntomas.

¿Posee un dolor determinado en una parte de su cuerpo sin diagnostico medico?

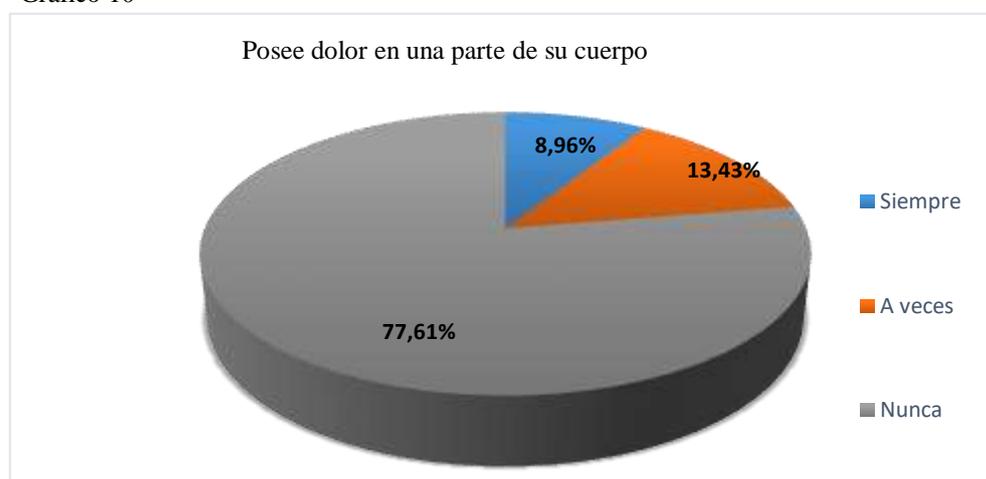
Tabla 10

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	8,96%
A veces	9	13,43%
Nunca	52	77,61%
Total	67	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 10



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: el 8,96% respondió siempre, 13,43% manifestó a veces y el 77,61% respondió nunca, por lo que en la interpretación de datos se manifiesta que existe una población de 22,39% que consideran poseer ningún dolor en su cuerpo sin algún diagnóstico médico, la mayoría de la población no considera presentar esto.

¿Alguna parte de su cuerpo le genera inconformidad?

Tabla 11

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	2,99%
A veces	1	1,49%
Nunca	64	95,52%
Total	67	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 11



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: Dentro del análisis de esta pregunta se puede evidenciar que hubo opiniones distintas, el 2,99% de los encuestados contestaron siempre, el 1,49% dijo a veces, mientras que el 95,52% dijo nunca, Por lo que en la interpretación de datos corresponde existe un mayor porcentaje de encuestados que supieron manifestar que están completamente cómodos con su cada parte de su cuerpo.

Encuesta realizada a los administrativos del centro gerontológico del buen vivir de Quevedo.

¿Los adultos mayores han presentado temblores o movimientos involuntarios?

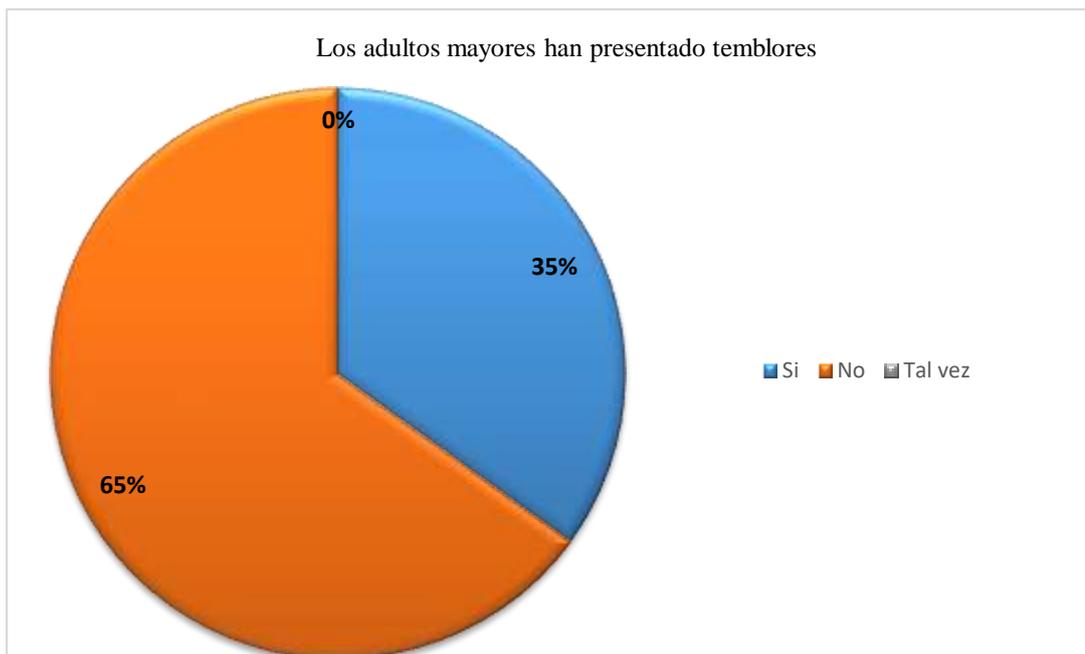
Tabla 12

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	35%
No	13	65%
Tal vez	0	0%
Total	20	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 12



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los administrativos del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: El 35% de los encuestados respondieron que sí, mientras que el 65% supieron manifestar que no, Por lo que en la investigación realizada se pudo evidenciar que la mayoría del personal que labora dentro del gerontológico manifestaron que los adultos mayores no presentan movimientos involuntarios.

¿Le ha manifestad un paciente que durante su infancia el sufría de maltrato físico y psicológico?

Tabla 13

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	25%
No	14	70%
Tal vez	1	5%
Total	20	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 13



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los administrativos del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: el 25% de los pacientes encuestados respondieron que sí, mientras que el 70% respondió que no, aunque el 5% dijo que tal vez habría sufrido maltrato físico y psicológico en su infancia.

¿Con que frecuencia ha visto que el adulto mayor posea alguna enfermedad grave?

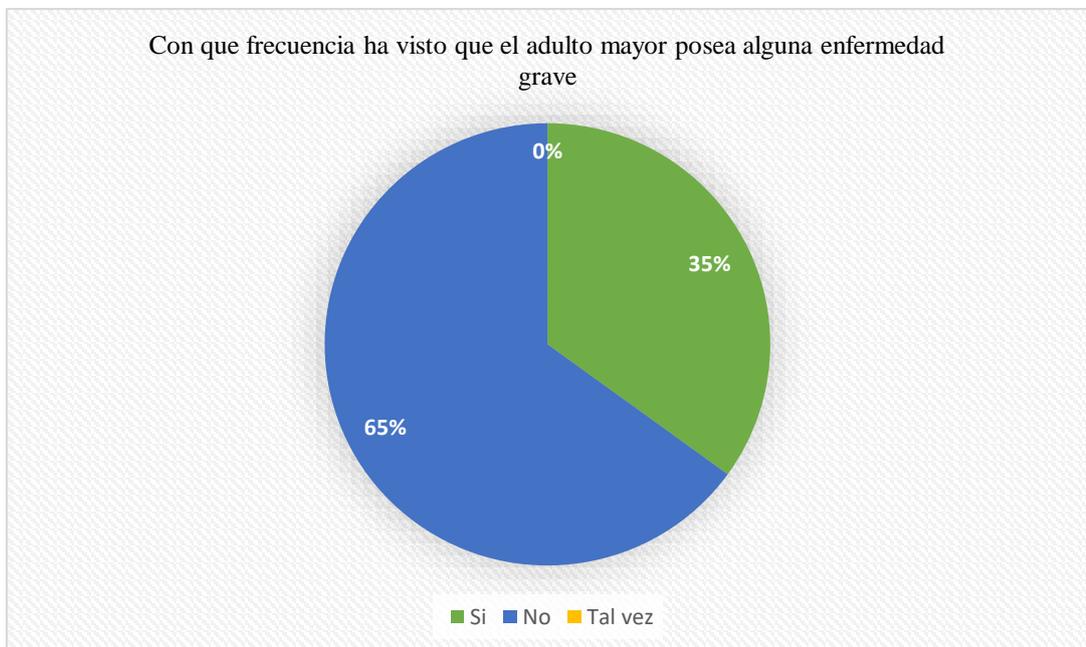
Tabla 14

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	35%
No	13	65%
Tal vez	0	0%
Total	20	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 14



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los administrativos del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: Se encuestó al personal que labora en el centro gerontológico de La ciudad de Quevedo, ellos respondieron un 35% que sí, y un 65% contestó que no, mientras que un 0% respondió tal vez, se han percatado que los adultos mayores posean alguna enfermedad.

¿El adulto mayor posee un dolor determinado en una parte de su cuerpo sin diagnóstico médico?

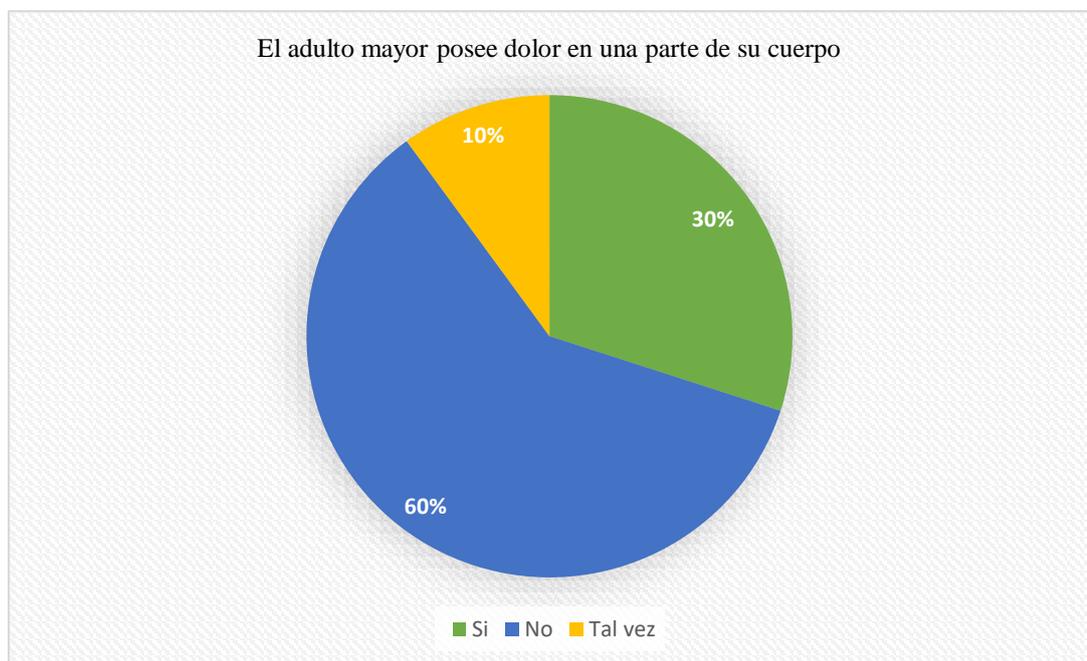
Tabla 15

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	30%
No	12	60%
Tal vez	2	10%
Total	20	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 15



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los administrativos del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: Se encuestó al personal que labora en el centro gerontológico de La ciudad de Quevedo, el 30% de ellos contestó que sí, el 60% contestó que no, mientras que el 10% respondió que tal vez, los adultos mayores poseen un dolor determinado en una parte de su cuerpo.

¿El adulto mayor le ha manifestado que alguna parte de su cuerpo le genera inconformidad?

Tabla 16

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	40%
No	12	60%
Tal vez	0	0%
Total	20	100%

Elaborado por: Javier Solórzano.

Fuente: Centro Gerontológico Buen Vivir de Quevedo.

Gráfico 16



Elaborado por: Solórzano Javier

Fuente: Encuesta realizada a los administrativos del centro gerontológico del buen vivir

Análisis e interpretación: El personal del centro gerontológico contestó que el adulto mayor le ha manifestado que genera inconformidad en alguna parte de su cuerpo con un 40% respondió que sí, y el 60% contestó que no, mientras que no hubo ninguno que contestará tal vez.

PREGUNTAS PARA LOS ADMINISTRATIVOS

MARQUE CON UNA X SEGÚN LA FRECUENCIA QUE POSEES TÚ EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

Preguntas	Nunca	A Veces	Siempre
1. ¿Con qué frecuencia presenta problemas gastrointestinales como náuseas, dolor de estómago, diarreas y estreñimiento?			
2. ¿Presenta temblores o movimientos involuntarios			
3. Durante su infancia usted sufría de maltrato físico y psicológico.			
4. ¿Se ha desmayado o ha perdido el conocimiento luego de un suceso doloroso y estresante?			
5. ¿Usted considera que posee una enfermedad grave?			
6. ¿Posee un dolor determinado en una parte de su cuerpo sin diagnóstico médico?			
7. ¿Alguna parte de su cuerpo le genera inconformidad?			
8. ¿Con qué frecuencia presenta síntomas físicos como fatiga, pérdida del apetito, gástricos, etc.?			

PREGUNTAS PARA LOS ADMINISTRATIVOS

MARQUE CON UNA X SEGÚN LA FRECUENCIA CON LA QUE USTED CONSIDERE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

Preguntas	Si	No	Tal vez
1. ¿Usted ha visto a los pacientes presentar problemas gastrointestinales como náuseas, dolor de estómago, diarreas y estreñimiento?			
2. ¿Los adultos mayores han presenta temblores o movimientos involuntarios			
3. ¿Le ha manifestado un paciente que durante su infancia el sufría de maltrato físico y psicológico.			
4. ¿Los pacientes se han desmayado o perdido el conocimiento luego de un suceso doloroso y estresante?			
5. ¿Con que frecuencia ha visto que el adulto mayor posea alguna enfermedad grave?			
6. ¿El adulto mayor posee un dolor determinado en una parte de su cuerpo sin diagnóstico médico?			
7. ¿El adulto mayor le ha manifestado que alguna parte de su cuerpo le genera inconformidad?			
8. ¿Ha visto presentar síntomas físicos como fatiga, pérdida del apetito, gástricos, en el adulto mayor?			

Encuestando a un adulto mayor diurno



Entrevista con unos de los adultos mayores



Entrevista con el personal que labora en el gerontológico.



Encuesta realizada a la coordinadora del Centro Gerontológico Gina Aroca Monte



Entrevista realiza al señor Segundo Castro residente del Centro Gerontológico



Entrevista con el señor calero "adulto residente del centro"





FECHA: 4/2/2019

HORA: 13:44

EXTENSION - QUEVEDO
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO
PSICOLOGIA CLINICA
UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: TORO TOLOZA ELISEO EFRAIN
ESTUDIANTE: SOLORZANO FIGUEROA CRISTHIAN JAVIER
PERIODO ACADÉMICO: ENERO 2019 - MAYO 2019
MODALIDAD DE TITULACIÓN: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FASE DE MODALIDAD: PERFIL
PROYECTO DE TITULACIÓN: TRASTORNO SOMATOMORFO Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS MÚLTIPLES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL BUEN VIVIR DE QUEVEDO AÑO 2019

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

TRASTORNO SOMATOMORFO Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS MÚLTIPLES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL BUEN VIVIR DE QUEVEDO AÑO 2019

FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PERFIL	2019-01-22	2019-02-04	TERMINADO	100%	HABILITADO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
1. TEMA	2019-01-31	2019-01-31	TERMINADO	100%	HABILITADO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (DESCRIPCIÓN BREVE DEL HECHO PROBLEMÁTICO)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (BREVE DESCRIPCIÓN)	2019-01-31	2019-01-31	TERMINADO	100%	HABILITADO

PROBLEMA (GENERAL).

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
3. PROBLEMA GENERAL	2019-01-31	2019-01-31	TERMINADO	100%	HABILITADO

OBJETIVO (GENERAL).

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	2019-01-31	2019-02-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

JUSTIFICACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
5. JUSTIFICACIÓN	2019-01-31	2019-02-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

MARCO TEÓRICO PRELIMINAR (ESQUEMA DE CONTENIDOS)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
6. MARCO TEÓRICO PRELIMINAR	2019-01-31	2019-02-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

HIPÓTESIS (GENERAL)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
7. HIPÓTESIS GENERAL O BÁSICA	2019-01-31	2019-02-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

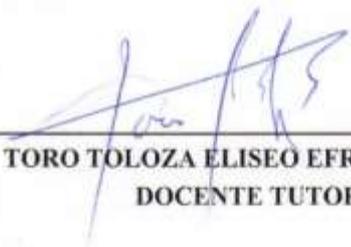
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
8. TIPO DE INVESTIGACIÓN	2019-01-31	2019-02-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

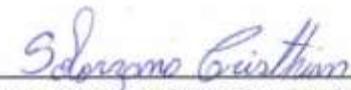
METODOLOGÍA

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
9. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	2019-01-31	2019-02-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
10. BIBLIOGRAFÍA	2019-01-31	2019-02-01	TERMINADO	100%	HABILITADO


 TORO TOLOZA ELISEO EFRAIN
 DOCENTE TUTOR


 SOLORZANO FIGUEROA CRISTHIAN JAVIER
 ESTUDIANTE



FECHA: 20/2/2019
HORA: 10:48

EXTENSION - QUEVEDO
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO
PSICOLOGIA CLINICA
UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: TORO TOLOZA ELISEO EFRAIN
ESTUDIANTE: SOLORZANO FIGUEROA CRISTHIAN JAVIER
PERIODO ACADÉMICO: ENERO 2019 - MAYO 2019
MODALIDAD DE TITULACIÓN: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FASE DE MODALIDAD: PROYECTO DE INVESTIGACION
PROYECTO DE TITULACIÓN: TRASTORNO SOMATOMORFO Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS MÚLTIPLES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL BUEN VIVIR DE QUEVEDO AÑO 2019.

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

TRASTORNO SOMATOMORFO Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS MÚLTIPLES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL BUEN VIVIR DE QUEVEDO AÑO 2019.

FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PROYECTO DE INVESTIGACION	2019-02-01	2019-02-20	TERMINADO	100%	HABILITADO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

INTRODUCCIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CAPÍTULO I.- DEL PROBLEMA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
11. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

MARCO CONTEXTUAL. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CONTEXTO INTERNACIONAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
12. CONTEXTO INTERNACIONAL	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

CONTEXTO NACIONAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
13. CONTEXTO NACIONAL	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

CONTEXTO LOCAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
14. CONTEXTO LOCAL	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

CONTEXTO INSTITUCIONAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
15. CONTEXTO INSTITUCIONAL	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
16. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

PROBLEMA GENERAL

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
17. PROBLEMA GENERAL	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

SUBPROBLEMAS O DERIVADOS

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
18. SUBPROBLEMAS O DERIVADOS	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
19. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

JUSTIFICACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
20. JUSTIFICACIÓN	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

OBJETIVO GENERAL

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
21. OBJETIVO GENERAL	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
22. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

MARCO TEÓRICO. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

MARCO CONCEPTUAL

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
23. MARCO CONCEPTUAL	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

MARCO REFERENCIAL SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE INV. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
24. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
25. CATEGORÍA DE ANÁLISIS	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

POSTURA TEÓRICA.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

26. POSTURA TEÓRICA	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO
---------------------	------------	------------	-----------	------	------------

HIPÓTESIS. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

HIPÓTESIS GENERAL

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

27. HIPOTESIS GENERAL	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO
-----------------------	------------	------------	-----------	------	------------

SUBHIPÓTESIS O DERIVADAS

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

28. SUBHIPOTESIS O DERIVADAS	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO
------------------------------	------------	------------	-----------	------	------------

VARIABLES

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

29. VARIABLES	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO
---------------	------------	------------	-----------	------	------------

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

30. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO
-------------------------------------	------------	------------	-----------	------	------------

MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

31. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN	2019-02-15	2019-02-17	EN CURSO	100%	HABILITADO
--------------------------------	------------	------------	----------	------	------------

TIPO DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

32. TIPO DE INVESTIGACION	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO
---------------------------	------------	------------	-----------	------	------------

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

MÉTODOS.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

33. MÉTODOS	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO
-------------	------------	------------	-----------	------	------------

TÉCNICAS.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

34. TÉCNICAS	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO
--------------	------------	------------	-----------	------	------------

INSTRUMENTOS.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

35. INSTRUMENTOS	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO
------------------	------------	------------	-----------	------	------------

POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

POBLACIÓN.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

36. POBLACIÓN	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO
---------------	------------	------------	-----------	------	------------

MUESTRA.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

37. MUESTRA	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO
-------------	------------	------------	-----------	------	------------

PRESUPUESTO

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
39. PRESUPUESTO	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

CRONOGRAMA DEL PROYECTO

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
38. CRONOGRAMA	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

BIBLIOGRAFÍA

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
40. BIBLIOGRAFÍA	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO

ANEXOS. MÁXIMO 50 PÁGINAS

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------



TORO TOLOZA ELISEO EFRAIN
DOCENTE TUTOR



SOLORZANO FIGUEROA CRISTHIAN JAVIER
ESTUDIANTE



FECHA: 9/5/2019
HORA: 15:7

EXTENSION - QUEVEDO
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓ"N Y DERECHO
PSICOLOGIA CLINICA
UNIDAD DE TITULACIÓ"N

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓ"N

DOCENTE TUTOR: TORO TOLOZA ELISEO EFRAIN
ESTUDIANTE: SOLORZANO FIGUEROA CRISTHIAN JAVIER
PERIODO ACADÉMICO: ENERO 2019 - MAYO 2019
MODALIDAD DE TITULACIÓ"N: PROYECTO DE INVESTIGACIÓ"N
FASE DE MODALIDAD: REVISION DE PROYECTO INF.FINAL
PROYECTO DE TITULACIÓ"N: TRASTORNO SOMATOMORFO Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS MÚLTIPLES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL BUEN VIVIR DE QUEVEDO AÑO 2019.,

INFORMACIÓ"N DEL PROYECTO DE TITULACIÓ"N

TRASTORNO SOMATOMORFO Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS MÚLTIPLES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL BUEN VIVIR DE QUEVEDO AÑO 2019.,

FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
REVISION DE PROYECTO INF.FINAL	2019-02-28	2019-04-16	TERMINADO	100%	HABILITADO

INFORMACIÓ"N DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

INTRODUCCION					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

INTRODUCCIÓ"N.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CAPÍTULO I.- DEL PROBLEMA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓ"N					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

1.2. MARCO CONTEXTUAL. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

1.2.1. CONTEXTO INTERNACIONAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO INTERNACIONAL	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

1.2.2 CONTEXTO NACIONAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO NACIONAL	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

1.2.3. CONTEXTO LOCAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO LOCAL	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

1.2.4. CONTEXTO INSTITUCIONAL.					
--------------------------------	--	--	--	--	--

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO INSTITUCIONAL	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
SITUACION PROBLEMÁTICA	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

1.4.1. PROBLEMA GENERAL.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

1.4.2. SUBPROBLEMAS O DERIVADOS.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

1.6. JUSTIFICACIÓN.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

1.7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

1.7.1. OBJETIVO GENERAL.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

1.7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

CAPÍTULO II.- MARCO TEORICO O REFERENCIAL.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

2.1. MARCO TEÓRICO. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

2.1.1. MARCO CONCEPTUAL.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
MARCO CONCEPTUAL	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

2.1.2. MARCO REFERENCIAL SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE INV. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
MARCO REFERENCIAL	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

2.1.2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

2.1.2.2. CATEGORIAS DE ANÁLISIS.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

2.1.3. POSTURA TEÓRICA.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
POSTURA TEORICA	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

2.2. HIPÓTESIS. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

2.2.1. HIPÓTESIS GENERAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
HIPÓTESIS GENERAL	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

2.2.2. SUBHIPÓTESIS O DERIVADAS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
SUBHIPÓTESIS O DERIVADAS	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

2.2.3. VARIABLES.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CAPÍTULO III.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

3.1. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

3.1.1. PRUEBAS ESTADÍSTICAS APLICADAS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PRUEBAS ESTADÍSTICAS APLICADAS	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

3.1.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN D DATOS	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

3.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONCLUSION GENERAL	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO
CONCLUSIONES ESPECÍFICAS	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

ESPECÍFICAS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

3.2.2. GENERAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

3.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
RECOMENDACION GENERAL	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

3.3.1. ESPECÍFICAS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

3.3.2. GENERAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CAPÍTULO IV.- PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

4.1. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

4.1.1. ALTERNATIVA OBTENIDA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ALTERNATIVA OBTENIDA	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

4.1.2. ALCANCE DE LA ALTERNATIVA.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
ALCANCE DE LA ALTERNATIVA	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO	

4.1.3. ASPECTOS BÁSICOS DE LA ALTERNATIVA. (NO SE RESUELVE)						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	

4.1.3.1. ANTECEDENTES.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
ANTECEDENTES	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO	

4.1.3.2. JUSTIFICACIÓN						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
JUSTIFICACION	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO	
JUSTIFICACION	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO	

4.2. OBJETIVOS. (NO SE RESUELVE)						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	

4.2.1. GENERAL.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	

4.2.2. ESPECÍFICOS.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	

4.3. ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA. (NO SE RESUELVE)						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	

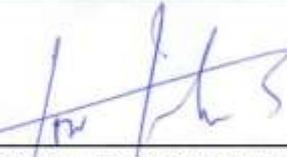
4.3.1. TÍTULO.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	

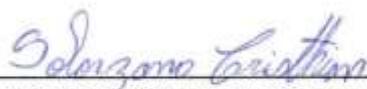
4.3.2. COMPONENTES.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
COMPONENTES	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO	

4.4. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA. (NO SE RESUELVE)						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO	

BIBLIOGRAFÍA.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
BIBLIOGRAFIA	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO	

ANEXOS.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
ANEXOS	2019-04-06	2019-04-11	TERMINADO	100%	HABILITADO	


 TORO TOLOZA ELISEO EFRAIN
 DOCENTE TUTOR


 SOLORZANO FIGUEROA CRISTHIAN JAVIER
 ESTUDIANTE