Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA POBLACIÓN VULNERABLE DEL CANTÓN SÍGSIG

Estudio realizado en el cantón Sígsig de la provincia del Azuay

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

Autores:

Cristian Araujo Crespo

Edisson Rodas Cantos

Director:

Mst. Sebastián Herrera Puente

Cuenca – Ecuador

2016

Dedicatoria

Dedico esta tesis a: Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, a mi madre Anita Crespo por sus consejos y apoyo constante, a mi padre Jairo Araujo por enseñarme que los sueños y las metas se cumplen con dedicación y constancia y a mis hermanos Jairo y Gabriela por estar siempre a mi lado.

Cristian Araujo.

Dedico esta tesis a mis padres Jhannet y Edisson por su ejemplo, cariño y apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de este proceso.

Edisson Rodas.

Agradecimientos

Agradecemos a la Universidad del Azuay, a nuestro tutor de prácticas y director de tesis Máster Sebastián Herrera, al Dr. Diego Calle y a la Ing Janeth Tituania por habernos acogido y darnos las facilidades necesarias para la realización del proyecto; a la Dra. Ana Lucia Pacurucu por confiar en nosotros para realizar las prácticas per-profesionales con esta población, además de nuestros padres, familiares y demás personas que de una u otro forma hicieron posible la realización del mismo**.**

RESUMEN

El trabajo de graduación se realizó con el objetivo de brindar un apoyo psicológico a la población vulnerable del cantón Sigsig. Para lo cual se utilizó una investigación bibliográfica referente a: terminología, problemáticas comunes, tratamiento e intervención psicológica. El trabajo de campo se realizó mediante la recolección de información a través de entrevistas psicológicas y la aplicación de reactivos para establecer un diagnóstico y posterior tratamiento aplicado en una muestra de 40 adultos mayores, además se realizó un tratamiento individualizado a 9 usuarios con discapacidad. Este proyecto se realizó a lo largo de nueve meses de duración de nuestras prácticas pre-profesionales.

ABSTRACT

The aim of this graduation work was to provide psychological support to the vulnerable population of the Canton of *Sigsig*; for which a bibliographical research concerning terminology, common problems, treatment and psychological intervention was performed. Fieldwork was conducted through the collection of information by means of psychological interviews and the application of reagents to establish a diagnosis and subsequent treatment applied to a sample of 40 seniors. In addition, an individualized treatment to 9 disabled users was held. This project was conducted over the nine months period that our pre-professional practices took place.

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
Dpto. Idiomas

Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Índice de Contenidos

INTRODUCCION GENERAL 1
I. MARCO TEORICO 3
1.1 Adulto Mayor 5
1.1.1 Conceptos 5
1.1.2 Etapas del Adulto Mayor. 9
1.1.4 Problemas psicológicos más comunes 16
1.2 Discapacidades 21
1.2.2 Conceptos 21
1.2.3 Etiología y tipos 24
1.2.4 Niveles 27
1.3 Intervención Psicológica. 31
1.3.1 Intervención en adultos mayores 31
1.3.2 Intervención en personas con discapacidad. 41
II. METODOLOGÍA 45
2.1 Tipo de estudio 45
2.2 Población 45
2.3 Criterios de inclusión y exclusión 45
2.4 Instrumentos 45
2.5 Procedimiento 47
III. RESULTADOS 48
3.1 Procesamiento y tabulación de los datos obtenidos en la encuesta psicosocial. 51
3.2 Procesamiento y tabulación de los datos obtenidos en la aplicación de reactivos 56
3.3 Estadísticas de los Casos 59
3.4 Procesamiento y tabulación de los datos obtenidos en la aplicación del cuestionario a los usuarios del centro gerontológico. 60
3.5 Procesamiento y tabulación de los datos obtenidos en la encuesta psicosocial en discapacitados. 65
3.6 Procesamiento y tabulación de los datos obtenidos en la aplicación del cuestionado a los usuarios del centro diurno. 70
DISCUSIÓN 73
CONCLUSIONES 77
RECOMENDACIONES 79
REFERENCIAS 80
PROTOCOLO DE INTERVENSIÓN 85
ANEXOS 94

Lista de tablas

Tabla 1: Ficha Sociodemográfica: “Adultos mayores” 49
Tabla 2: Género 51
Tabla 3: Edad 52
Tabla 4: Estado Civil 53
Tabla 5: Vive con 54
Tabla 6: Instrucción 55
Tabla 7: Escala de Yessavage 56
Tabla 8: Índice de Barthel 57
Tabla 9: Minimental 58
Tabla 10: Tratamiento 59
Tabla 11: Pregunta 1 60
Tabla 12: Pregunta 2 61
Tabla 13: Pregunta 3 62
Tabla 14: Pregunta 4 63
Tabla 15: Pregunta 5 64
Tabla 16: Ficha Sociodemográfica: “Personas Discapacitadas” 65
Tabla 17: Género 66
Tabla 18: Tipo de discapacidad 67
Tabla 19: Vive con 68
Tabla 20: Tratamiento 69
Tabla 21: Pregunta 1 70
Tabla 22: Pregunta 2 71
Tabla 23: Pregunta 3 72
Tabla 24: Protocolo “Adultos mayores” 85
Tabla 25: Protocolo “Personas Discapacitadas” 90

INTRODUCCION GENERAL

La motivación para la realización de este proyecto de grado se dio debido a que los postulantes hicieron sus prácticas pre-profesionales por un lapso de nueve meses en los centros de acogida: centro diurno para adultos mayores “JUAN PABLOII” y “Centro diurno para personas con discapacidad”, donde se pudo constatar que estas personas no contaban con una atención psicológica personalizada, además de la falta de conocimiento de la psicología en general; esto unido a la vulnerabilidad de las mismas, a la escasez de recursos económicos, bajo nivel de instrucción, y deterioro físico y mental. Por lo que se creyó necesario brindar una intervención psicológica integral para proporcionarles las herramientas necesarias para afrontar y superar sus problemáticas.

Los cambios por los que pasan las personas adultas mayores en el transcurso de esta etapa de la vida los atenúan tanto a nivel físico, mental y social, lo que hace que sea dura de afrontar y sobrellevar de manera adecuada. Las problemáticas psicológicas más comunes dentro de este tipo de población son la depresión, deterioro cognitivo, duelos, entre otras típicas de la sociedad y cultura en la que desenvuelven, por lo que para realizar un tratamiento eficaz es necesario adecuarse a su ritmo y estilo de vida.

La discapacidad es un tema extenso y complejo de abordar por lo cual se creyó necesario hacer una revisión bibliográfica acerca de su terminología, diagnóstico y sobre todo formas de tratamiento ya que a lo largo de nuestros estudios universitarios no se abordó

con la profundidad necesaria para hacer un tratamiento adecuado con este tipo de población.

Para este proyecto se realizó una entrevista psicológica y aplicación de reactivos (Minimental test para medir el estado cognitivo, la escala de depresión geriátrica de Yesavagge para determinar el nivel de depresión y el índice de Barthel para medir el nivel de dependencia de los pacientes), además de una encuesta psicosocial que nos permitirá sentar una base de datos y establecer un diagnostico específico para poder realizar una intervención psicológica.

El trabajo con las personas con discapacidad se basó en una intervención personalizada que consistió en la adquisición de habilidades sociales necesarias para mejorar la adaptación en el entorno en el que desenvuelven, y una psicoeducación a padres y responsables de los mismos con la finalidad de fortalecer lo logrado en las terapias a través de sus redes de apoyo.

Al finalizar con éxito nuestro proyecto se pudo establecer pautas de intervención psicológica a través de un protocolo con la finalidad de que el mismo sea de utilidad y sirva como guía para profesionales de la salud mental que decidan trabajar con este tipo de población.

I. MARCO TEORICO

Introducción

El presente capítulo hace referencia al grupo de personas que se encuentran en estado de desprotección o incapacidad frente a una amenaza a su condición psicológica, física y mental, entre otras, denominada población vulnerable.

Por esta razón, se ha creído necesario dar a conocer la temática acorde a las personas adultas mayores y personas con discapacidad que forman parte de la población vulnerable. Es conveniente profundizar temáticas como: conceptualizaciones básicas y problemáticas comunes que nos ayudan a tener un marco de referencia más amplio acerca de las mismas.

Durante el proceso de envejecimiento las personas tienen que pasar por diferentes cambios tanto biológicos, físicos, psicológicos y sociales a los que deben enfrentarse, y que influyen en su manera de adaptarse en esta etapa de su vida. Debido a esto sería necesario que cumplan tareas propias de su edad que ayuden a tener un desempeño favorable en el transcurso de este periodo.

La discapacidad es un tema muy amplio y complejo de abordar, por lo que se vio necesario describir de manera concreta los tipos de discapacidad, su etiología u origen y el tratamiento psicológico enfocado más a un entrenamiento en habilidades sociales que son necesarias para tener un mejor desenvolvimiento en su entorno social.

Con esta parte de la población vulnerable se necesita realizar un arduo trabajo, ya que es necesario hacer una intervención integral en todas sus áreas de funcionamiento, además que se dificulta debido a la problemática, la etapa de desarrollo en la que se encuentra, el estatus social y el poco interés que a veces muestran los mismos familiares y responsables de los mismos.

1.1 Adulto Mayor

1.1.1Conceptos

Creemos importante revisar y profundizar las terminologías, conceptualizaciones y definiciones que engloban esta etapa del ciclo vital para tener una mayor comprensión o entendimiento de los fenómenos y cambios que se producen a lo largo del envejecimiento:

En la actualidad, la Gerontología es definida como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas; además de la aplicación del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores (Prieto, 1999).

La Gerontología es el estudio de los fenómenos del proceso del envejecimiento desde la madurez hasta la vejez, así como el estudio de los ancianos como población especial. (Warner & Willis, 2003).

Es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento de las personas en particular desde todos sus aspectos: biológicos, socio-económicos y culturales.

Gerontología Biológica: estudia los cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos y funcionales que se derivan del proceso de envejecimiento.

Gerontología Social: estudia la persona como un ser integral, teniendo en cuenta que el medio ambiente, la situación socio-económica y familiar donde vive el individuo. (Castanedo & Sarabia, 2009).

Se ha creído conveniente tratar sobre el término Geriatría, con la finalidad de especificar y diferenciarlo con la Gerontología, ya que son términos similares y que se relacionan entre sí.

La Geriatría es la rama de la medicina que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas de las personas mayores, además de su recuperación y rehabilitación. (Castanedo & Sarabia, et al 2009).

Es la rama médica dedicada al cuidado de los adultos mayores que toca aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios y paliativos integrando los aspectos sociales y familiares. Proporciona herramientas para la atención del adulto mayor enfermo en etapas agudas, subagudas y crónicas. (Ávila, 2010).

Luego de revisar ambas terminologías podemos establecer que la diferencia radica en:

La Gerontología se centra en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de problemáticas psicológicas comunes en este estadio, mientras que la geriatría hace referencias más a un tratamiento médico de enfermedades físicas tanto crónicas y agudas en la vejez.

A continuación mencionaremos otros términos relacionados con esta etapa del desarrollo vital que son necesarios para profundizar de una mejor manera el tema:

El envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo que se da en la etapa final del ciclo vital de los seres humanos, donde se presentan cambios biológicos, es decir se incrementan los problemas de salud ocasionando discapacidades físicas; psicológicos, donde se presenta mayor deterioro cognitivo, síntomas depresivos, poca capacidad de afrontamiento y toma de decisiones; y sociales, como son la mayor dependencia, la jubilación y las pérdidas afectivas (Flores , Huerta , Herrrera , Alonso, & Calleja, 2011).

La vejez a menudo es considerada como un estadio único de la vida y miramos a todas las personas que llamamos ancianas con la misma mezcla de sobrecogimiento y pena. Sin embargo, en pocos otros momentos de la vida hay un estereotipo tan inadecuado como ocurre en la vejez. Los mayores de 65 años se pueden dividir al menos en tres estadios: los ancianos jóvenes entre (65 y 75 años), los ancianos-ancianos entre (75 y 85) y los muy ancianos (los de más de 85 años). (Warner & Willis, 2003)

Según Ávila (2010) se pueden definir cuatro tipos de envejecimiento:

Envejecimiento ideal: cuando el estado de salud es muy bueno y los factores de riesgo son bajos. El individuo es absolutamente capaz de realizar actividades de la vida diaria, es autosuficiente, no padece enfermedades crónicas, no tiene deterioro cognitivo, percibe su salud como buena.

Envejecimiento activo: cuando hay un estado de salud muy bueno y factores de riesgo medios o altos. El individuo tiene una enfermedad crónica, percibe su estado de salud

como regular, tiene alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria aunque es independiente, no sufre deterioro cognitivo.

Envejecimiento habitual: cuando el estado de salud es regular y los factores de riesgo son medios o bajos. La persona tiene más de una enfermedad crónica, tiene limitación en las actividades instrumentales de la vida diaria con incapacidad funcional, aunque se mantiene independiente, deterioro cognitivo leve o ninguno.

Envejecimiento patológico: en estado de salud regular con riesgos altos, o bien, un estado de salud malo sin importar los factores de riesgo. La persona tiene enfermedades crónicas, mala autopercepción de salud, padece deterioro cognitivo, presenta discapacidad y muy probablemente es dependiente de terceros

En el proceso de envejecer ocurren cambios progresivos en nuestro organismo en general. La ley de la naturaleza nos dice que todo ser vivo cambia en estructura y en función. El envejecimiento comienza con el nacimiento y termina en la muerte, por lo que la Gerontología se preocupa principalmente entre la madurez y la muerte del individuo, así como los cambios que influyen en estos.

Por último, hablaremos de un término que se utiliza actualmente para identificar a las personas que se encuentran en esta etapa del desarrollo. Adulto mayor es la designación que se le da al individuo que ha cruzado la barrera de los 65 años, y que se encuentra entre el periodo de madurez y antecede al fallecimiento.

1.1.2 Etapasdel Adulto Mayor.

Según diversas teorías y autores diferencian a la edad adulta y vejez en etapas, periodos, tareas o estadios que se dan desde el inicio de la vejez hasta la muerte. A continuación detallaremos algunas de las teorías que refieren respecto al tema:

a) Erick Erickson

Erick Erikson (1968) nos habla sobre las ocho etapas psicosociales que se presentan a lo largo de la vida de una persona. Cada etapa involucra una crisis y el conflicto se centra en un tema distinto. Una crisis puede ser pensada como el punto crucial del desarrollo.

La última etapa descrita por Erickson hace referencia a la edad adulta y vejez que se denomina "integridad vs desesperanza". Esta última etapa, la adultez tardía o madurez, empieza alrededor de la jubilación, después que los hijos se han ido; digamos más o menos alrededor de los 60 años. La tarea primordial aquí es lograr una integridad yoica con un mínimo de desesperanza.

Primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad; todo esto evidentemente en el marco de nuestra sociedad. Algunos se jubilan de trabajos que han tenido durante muchos años; otros perciben que su tarea como padres ya ha finalizado y la mayoría creen que sus aportes ya no son necesarios.

Existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes. Las mujeres pasan por la menopausia, algunas de forma dramática. Los hombres creen que ya "no dan la talla", además de las enfermedades físicas. Junto a las

enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren; los familiares también. La esposa muere. Es inevitable que también a uno le toque su turno. Al enfrentarnos a toda esta situación, parece que todos debemos sentirnos desesperanzados.

Como respuesta a esta desesperanza, algunos mayores se empiezan a preocupar con el pasado. Algunos se preocupan por sus fallos; esas malas decisiones que se tomaron y se quejan de que no tienen ni el tiempo ni la energía para revertirlas. Vemos entonces que algunos ancianos se deprimen, se vuelven resentidos, paranoides, hipocondríacos o desarrollan patrones comportamentales de senilidad con o sin explicación biológica. La integridad yoica significa llegar a los términos de tu vida, y por tanto, llegar a los términos del final de tu vida. Si somos capaces de mirar atrás y aceptar el curso de los eventos pasados, las decisiones tomadas; tu vida tal y como la viviste, como necesariamente así, entonces no necesitarás temerle a la muerte. (Carrizales, 2014).

b) Robert Peck

Según Peck (1955), nos habla sobre las siguientes etapas en la edad adulta:

Diferenciación del ego frente a preocupación por la función laboral: La principal inquietud de Peck es el valor que le da una persona al trabajo y, hasta cierto punto, a la familia. Si una persona alcanza la integridad de su ego gracias al trabajo, ¿Qué le pasará a esta tras la jubilación? ¿Podrá encontrar otras actividades que se traduzcan en una

sensación de valor continuo tanto para ella como para la sociedad o, por el contrario, la pérdida del trabajo producirá una sensación de inutilidad y pérdida del ego?

Para evitar la crisis relacionada con la jubilación y el abandono de sus hijos, sugiere Peck que antes de la jubilación y la vejez una persona necesita desarrollar alternativas y actividades de forma eficaz.

Trascendencia corporal frente a preocupación corporal: Hace referencia al anciano que es consciente de los achaques y dolores normales y cuya salud física y poder de recuperación para dominar su vida decrece. Cree Peck que la persona que muestra trascendencia corporal podría disfrutar de la vida en toda su extensión pese a los malestares físicos. Sin embargo, aquella que se preocupa por la molestia físicas no llegará a disfrutar de la vida en esta etapa, que debería caracterizarse por disfrutarla de manera satisfactoria.

Trascendencia del ego frente a preocupación por el ego: Se interesa por la persona que puede dedicar energías al bienestar de las fututas generaciones y evitar el excesivo interés por su propia muerte. La persona que muestra trascendencia del ego, ha llevado por lo general una vida generosa y desinteresada. Por el contrario, el individuo que muestra preocupación por el ego vive esta etapa con egoísmo y abatimiento. Debido a una preocupación por las necesidades personales y la muerte, no puede interesarse por las generaciones jóvenes, darles parte de sí mismo de una forma que les satisfaga y tenga sentido Peck ,1955 (citado por Jones, 2005).

c) RobertHavirghust

Havirghust (1974) describía seis tareas evolutivas al final de la madurez:

Adaptarse a una fuerza física y a una salud en descenso: El envejecimiento biológico se debe a la disminución y al funcionamiento de las células y organismo en general. De manera que una persona puede tener que adaptarse a una invalidez o semi-invalidez, Cuanto más tiempo se esté libre de enfermedades, más lento será el proceso de envejecimiento. En estar condiciones, la vida será más agradable.

Adaptarse a la jubilación y a los ingresos reducidos: La forma en que una persona se adapte a la jubilación depende de lo que haya significado el trabajo para esa persona. Si la persona ha alcanzado una sensación de mérito gracias a un trabajo, es posible que después de la jubilación sufra una degradación del ego. Sin embargo, algunas personas acogen de buen agrado la jubilación y piensan que harán otras actividades y llevan una vida feliz.

La reducción de ingresos puede ser un grave problema. Algunas veces les impide comprometerse con ciertas organizaciones, también pueden verse restringidos por este motivo de viajes y estilo de vida. El grado hasta que sufrirá la persona dependerá que se vea obligado a eliminar y lo importante es que este sea para él.

Adaptarse a la muerte del cónyuge: La pérdida del cónyuge podría motivar que una persona cambiara el lugar de residencia, aprendiera nuevas habilidades, buscara un nuevo compañero, y, por otra parte, debe hacerse frente a la soledad causada por la muerte. La

medida en que una persona sufriría la muerte del conyugue depende de los lazos emocionales, de que disponga de familiares y amigos y de lo dependiente que sea la persona del cónyuge para resolver los problemas de la vida diaria.

Establecer una afiliación explícita con un grupo de edad afín: Hasta cierto punto, esta afiliación está determinada biológica, psicológica y socialmente.

El envejecimiento biológico hace que los ancianos vayan más despacio, dificultándoles que mantengan al día las actividades de la madurez. Desde una perspectiva psicológica uno se ve obligado a considerar el concepto de premio y castigo. Algunas veces se premia o castiga a los ancianos interior y exteriormente por seguir o dejar de hacer las actividades propias de la madurez. El premio interior se produce cuando la persona mayor experimenta una sensación de éxito por seguir participando, el premio externo se produce cuando el grupo lo acepta. En lo referente al castigo se cumple lo contrario.

Adaptarse a las funciones sociales de un modo flexible: La mayoría de las personas mayores reciben gran satisfacción y felicidad, compensando la pérdida de las funciones de la madurez a través de un programa que sea flexible.

Establecer unos planes satisfactorios de vida: Los cambios biológicos, psicológicos y sociológicos que se asocian a la vejez a menudo requieren de un cambio de estilo de vida: necesidades biológicas, necesidades sociales (en la que la mayoría busca tranquilidad, intimidad, independencia de acción, proximidad a: familiares, parientes, medios de

transporte y una economía estable), necesidades sociológicas (al final de la madurez la mayoría de la gente vive formando una pareja y manteniendo un hogar). (Jones, 2005).

En general la edad adulta es considerada como un estadio único en el que nombramos o tratamos a todos los "ancianos" de la misma forma o con el mismo sobrecogimiento y pena, sin embrago esta etapa puede llegar a dividirse en tres estadios desde los 65 años en adelante:

Suzman y Riley (1985), nos hablan sobre los 3 estadios que se presentan durante el envejecimiento:

De 65 a 75 ancianos jóvenes: en muchos aspectos de rendimiento físico y mental, el anciano joven se parece más al individuo de mediana edad que al anciano-anciano. Para algunas personas inteligentes con cierto nivel de educación que contenían trabajando o mantienen roles que les resultan satisfactorios después de la jubilación, la década de los 70s puede ser un periodo activo y gratificante de la vida.

De 75 a 85 ancianos-ancianos: en este periodo el declive físico es más evidente y progresa muy rápidamente. Empiezan a perder familiares y amigos cercanos, además de la pérdida del conyugue, generando desesperación por sentirse sola y pensar que podría ser la próxima en irse.

De 85 años en adelante muy ancianos: las pocas personas que alcanzan esta edad presentan un deterioro físico y cognitivo significativo, generalmente necesitan de

compañía y cuidados de otras personas, dejando de lado la desesperación y esperando la hora de su muerte. (Suzman & Riley, 1985).

1.1.4 Problemas psicológicos más comunes

En el proceso de envejecimiento, generalmente se presentan simultáneamente patologías en las que no hay una causa única de morbilidad, sino que predominan las múltiples causas. Por lo tanto, las enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles que afectan la funcionalidad.

Entre las enfermedades psicológicas más comunes que se presentan en esta población encontramos: el delirium, demencia y depresión. Las cuáles serán detalladas a continuación.

a) Depresión

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad.(Consejo de Salubridad General, 2011).

Es importante mencionar que los criterios del DSM IV-R para diagnosticar depresión no se presentan en la totalidad de los ancianos deprimidos y algunas alternativas en la presentación de la depresión en el adulto mayor son: irritabilidad, agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa y de la capacidad de resolución de problemas, deterioro del auto cuidado, abuso de alcohol y

otras sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones, discordia marital, son elementos que tenemos que considerar para ,establecer el diagnóstico de depresión en el adulto mayor .

La depresión en el adulto mayor es un diagnóstico frecuente, pero en el cual se debe excluir trastornos metabólicos, endocrinos, enfermedades sistémicas, intoxicación por drogas y otras enfermedades mentales como la demencia.

En la depresión del adulto mayor se debe asociar como causas de depresión secundaria principalmente: trastornos metabólicos, desequilibrio acido base, hipotiroidismo, enfermedades cardiovasculares, pulmonares, infecciones, cáncer y fármaco.(Consejo de Salubridad General, et al 2011).

b) Demencia

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por perdida adquirida de habilidades cognitivas y emocionales, lo suficientemente importante para interferir con el funcionamiento diario y la calidad de vida. También puede acompañarse de otras manifestaciones neuropsiquiátricas tales como alteraciones motoras, de la conducta, depresión, ansiedad, alucinaciones y/o delirium (Gallegos, Flores, Castillo & Rosas, 2014).

c) Delirium

El delirium es un síndrome caracterizado por alteraciones en la conciencia, atención y percepción, acompañados de un cambio en las funciones cognitivas, que se desarrolla en

forma aguda, fluctúa a lo largo del día y no es atribuible a un estado demencial. En la mayoría de los casos es consecuencia de los efectos directos de una enfermedad, del consumo, sobredosis o abstinencia de ciertos medicamentos, de la exposición a tóxicos o de la combinación de estos factores (D'Hyver & Gutierres, 2006).

d) Duelo

Según Cabodevilla, (2015) en su artículo: Las pérdidas y sus duelos

"Duelo: Reacción de pérdida de un ser amado o una abstracción equivalente. El término "duelo" viene del latín dolu (dolor) y es la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o de algo. Se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a una separación o a cualquier tipo de pérdida.

La elaboración del duelo de una pérdida es un proceso largo, lento y doloroso cuya magnitud dependerá en gran parte de la dimensión de lo perdido y de las características peculiares de cada persona y tiende a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad.

El manejo del duelo es aceptar la pérdida como una realidad, pero para algunas personas que llegaron a la aceptación puede motivar un movimiento mental y emocional hacia algo más, hacia un nuevo objetivo. Es desarrollar una nueva opción en donde se encuentre un significado que nos conecte con todas las capacidades y recursos que poseemos y que, aunque pareciera que terminan, no se acaban. Es salir de la sensación de dolor, de temor,

de incapacidad, de inseguridad, de pérdida junto con todos los temores y creencias limitantes que implica y, retomar, otra vez nuestra vida.

Como el duelo es un proceso largo que todos experimentamos tras la pérdida de un ser querido, tenemos que pasar por algunas etapas, las mismas que poco a poco nos ayudan a superar la pérdida:

Negación de la realidad. Negamos el hecho de la muerte, negamos la posibilidad de que no tengamos nunca más la posibilidad de estar con el ser querido, negamos que en algún momento podamos recuperarnos de esta pérdida. Existe tristeza y ansiedad.

Experimentamos ira, enojo, culpa y frustración. La ansiedad nos desborda. Nos culpamos por no haber sabido cuidar bien al ser querido y en algunos casos nos enojamos por no habernos dado tiempo a demostrarle que lo queríamos. También puede haber enojo contra los médicos por creer que no supieron salvarle la vida o aún más contra la propia persona fallecida por abandonarnos e incluso contra Dios por permitirnos sentir tanto sufrimiento.

Llegamos a un compromiso con nosotros mismos y con el mundo. Comenzamos a tener de nuevo relación con la realidad. El enojo, la frustración, la culpa y la ansiedad comienzan a disminuir.

Finalmente, después de ir y venir en las etapas anteriores aceptamos lo que ha ocurrido. Aceptamos que la persona fallecida nos ha dejado su cariño y que somos parte de ella a

través de todo lo que hemos sentido, vivido y amado con ella cuando estaba viva. (Cabodevilla, 2015).

1.2 Discapacidades

1.2.2Conceptos

Creemos conveniente conceptualizar las diferentes terminologías que hacen referencia y van ligadas a la discapacidad para tener un mayor conocimiento acerca de las mismas.

La OMS (2003) nos da los siguientes conceptos:

Las enfermedades son una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente.

La deficiencia es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas).

Deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Minusvalía es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propio.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014) señala que: “La discapacidad es una deficiencia permanente de los distintos órganos, aparatos o sistemas que hace que una persona presente dificultad para realizar las actividades de la vida diaria como por ejemplo: vestirse, comer, evitar riesgos, aseo e higiene personal, oír, ver, etc.”

La discapacidad intelectual se define como una discapacidad caracterizada por una limitación significativa en el funcionamiento intelectual y en el comportamiento adaptativo cuyo inicio aparece antes de los 18 años de vida (Milá, 2013).

Según la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR): Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson y cols., 2002).

La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada.

Las discapacidades sensoriales y de la comunicación incluyen deficiencias y discapacidades oculares, auditivas y del habla, por ejemplo, la ceguera, la pérdida de un ojo, la pérdida de la vista en un sólo ojo, la sordera, la pérdida del oído de un sólo lado, la mudez, etcétera

Otros conceptos importantes que van ligados a la patología son:

Querejeta (2004) cita al Consejo de Europa, en su recomendación No R (98)9, define la dependencia como: "Un estado en el que personas, debido a una pérdida física, psíquica o en su autonomía intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades diarias"

Cuidador es Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. (Flores, Rivas & Seguel, 2012)

1.2.3 Etiología y tipos

De acuerdo a diversos estudios se ha demostrado que las discapacidades no se deben a un solo factor, sino que intervienen múltiples causas que atenúan y varían dependiendo el tipo de problemática. Entre las causas más comunes encontramos:

Genético: ambientales y hereditarios.

Congénito: ambientales (radiaciones, por ej.), infecciones, traumatismos, intoxicaciones, nutricional, emocional y causas desconocidas.

Perinatales (parto): asfixia, traumatismos, pre o post término y emocional.

Adquirido: ambientales (radiaciones, por ej.), infecciones, traumatismos, intoxicaciones, nutricional, emocional, endócrino y el proceso de envejecimiento (Cantore, 2010).

A continuación haremos referencia a los diferentes tipos de discapacidades:

En la discapacidad intelectual se ven afectadas el funcionamiento cognitivo y el comportamiento adaptativo. Sus causas son extremadamente heterogéneas, incluyendo factoresambientales como una malnutrición durante el embarazo, nacimiento prematuro, isquemia cerebral perinatal, síndrome alcohol-fetal, infecciones pre y post-natales,genéticas como alteraciones cromosómicas o alteraciones genipas, o multifactoriales (Milá, 2013).

Según el (INEGI, 2010) las discapacidades se subdividen en:

a) Discapacidades Intelectuales (Retraso mental): Comprende a las personas que presentan una capacidad intelectual inferior al promedio de las que tienen su edad, su grado de estudios y su nivel sociocultural. A ellas se les dificulta realizar una o varias de las actividades de la vida cotidiana, como asearse, realizar labores del hogar, aprender y rendir en la escuela o desplazarse en sitios públicos. No sólo interfiere con el rendimiento académico, sino también con actividades cotidianas, como leer anuncios o instrucciones, sumar o contar objetos o dinero, escribir recados y números telefónicos, etcétera.

b) Discapacidades Conductuales: En este tipo de discapacidades, la persona puede tener una interpretación y respuesta inadecuada a acontecimientos externos.

c) Discapacidadesdelasextremidadesinferiores: Comprende a las personas que tienen limitaciones para moverse o caminar debido a la falta total o parcial de sus piernas. Comprende también a aquellas que aun teniendo sus piernas no tienen movimiento en éstas, o sus movimientos tienen restricciones que provocan que no puedan desplazarse por sí mismas, de tal forma que necesitan la ayuda de otra persona o de algún instrumento como silla de ruedas, andadera o una pierna artificial (prótesis). Incluye a las personas que tienen limitaciones para desplazarse y que no cuentan con ningún tipo de ayuda, así como a las personas que cojean para caminar.

d) Discapacidades de las extremidades superiores: Comprende a las personas que tienen limitaciones para utilizar sus brazos y manos por la pérdida total o parcial de ellos, y aquellas personas que aun teniendo sus miembros superiores (brazos y manos) han

perdido el movimiento, por lo que no pueden realizar actividades propias de la vida cotidiana tales como agarrar objetos, abrir y cerrar puertas y ventanas, empujar, tirar o jalar con sus brazos y manos etcétera.

e) Discapacidades sensoriales: son originadas en el aparato visual, oído, garganta y estructuras relacionadas con el leguaje.

f) Discapacidades delacomunicación ycomprensióndellenguaje: se refieren a la incapacidad para generar, emitir y comprender mensajes del habla. Comprende las limitaciones importantes, graves o severas del lenguaje, que impiden la producción de mensajes claros y comprensibles(INEGI, 2010).

1.2.4Niveles

Según el DSM IV (2002), existe una clasificación para el deterioro mental:

• **Retraso mental ligero**: C.I. entre 50 y 69.

Características: No se suelen diferenciar de sus iguales por los rasgos físicos, ligeros déficit sensoriales y / o motores, en general, aunque de forma más lenta, llegan a alcanzar completa autonomía para el cuidado personal y en actividades de la vida diaria. Desarrollo del lenguaje oral siguiendo las pautas evolutivas generales, aunque con retraso en su adquisición.

• **Retraso mental moderado**: C.I. entre 35 y 49.

Características: Ligeros déficits sensoriales y / o motores, alcanzan un grado variable de autonomía en el cuidado personal (comida, aseo, control de esfínteres) y en actividades de la vida diaria, déficits en funciones cognitivas básicas (atención, memoria, tiempo de latencia). Con frecuencia adquieren niveles básicos de lectoescritura, al menos en sus aspectos más mecánicos.

• **Retraso mental grave**: C.I. entre 20 y 34.

Características: Atención a posibles cambios (regresiones, alteraciones, etc.) en aspectos relacionados con la salud, lentitud en la adquisición de destrezas motrices y manipulativas necesarias para el desarrollo de hábitos de autonomía (aseo, higiene, vestido, alimentación), retraso en la adquisición del lenguaje, escasa iniciativa en las interacciones.

• **Retraso mental profundo**: menos de 20

Características: Nula o muy baja autonomía, bajo nivel de conciencia, nula o escasa intencionalidad comunicativa, limitado desarrollo emocional, escaso control de impulsos, limitada conciencia de sí mismo y de los demás, nulo o reducido intereses por las interacciones.

De acuerdo a Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad (2001), la discapacidad física de calificar de acuerdo a:

Calificador del constructo de funciones corporales: posee un único calificador (primer calificador) Se trata de un «calificador genérico con escala negativa utilizado para indicar la extensión o magnitud de una deficiencia» funcional. Este calificador se indica mediante un dígito numérico, separado por un punto del ítem al que describe y/o modifica, que significa:

No hay deficiencia (ninguna, ausencia, insignificante...)0 a 4%.

Deficiencia LIGERA (poca, escasa...) 5 a 24%.

Deficiencia MODERADA (media, regular...) 25 a 49%.

Deficiencia GRAVE (mucha, extrema...) 50 a 95%.

Deficiencia COMPLETA (total...) 96 a 100%.

Sin especificar y no aplicable.

(Córdoba, Cortés, Gutierrez. Herrero, Melero & Turo, 2006) en su artículoBASES PEDAGÓGICAS DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL refieren que:

Deficiencia auditiva ligera: 26-40

Deficiencia moderada: 41-55

Deficiencia moderadamente grave: 56-70

Deficiencia grave: 71-91

Deficiencia auditiva profunda: más de 91

Pérdida total de audición.

Existe estrecha relación entre audición y lenguaje y como aumentan las dificultades de este último a medida que aumenta la pérdida auditiva:

1. Audición normal o sensiblemente normal.

Umbral inferior a 20: No existen dificultades en la percepción del habla, si puede haber alguna en la articulación de palabras.

2. Deficiencia auditiva ligera o leve.

Umbral entre 20-40: La voz débil o lejana no se oye. Puede confundirse con falta de atención. La respuesta educativa necesita de una prótesis auditiva y el apoyo articulatorio del lenguaje.

3. Deficiencia auditiva media.

Umbral entre 40-70: Es necesario una intensidad de la voz para percibir las palabras. Existen retardos del lenguaje y dificultades articulatorias. Necesitará de prótesis, entrenamiento auditivo (recepción discriminatoria) y apoyo articulatorio.

4. Deficiencia auditiva severa.

Umbral entre 70-90: Sólo se percibe la voz muy fuerte. Es prácticamente imposible adquirir el lenguaje oral de manera espontánea. Se necesita ayuda especializada para desarrollar un lenguaje estructurado.

2. Deficiencia auditiva profunda.

Umbral superior a los 90: Existe gran dificultad para percibir el lenguaje oral por vía auditiva. Sin un tratamiento adecuado estos niños son mudos, sólo perciben ruidos muy intensos y generalmente a través del sentido vibrotáctil.

3. Cofosis o Pérdida total de audición: Son sorderas muy excepcionales.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, actualización y revisión de 2006), la función visual se subdivide en cuatro niveles: visión normal; discapacidad visual moderada; discapacidad visual grave y ceguera.

La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término «baja visión»; la baja visión y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual.

1.3 Intervención Psicológica.

1.3.1Intervención en adultosmayores

Cuando se aplica la psicoterapia en ancianos, resulta importante hacer una diferenciación como individuo y no homologarlos o pensar que son iguales debido a la vejez. Se intenta alcanzar el alivio de los síntomas, adaptación a un cambio de situación en su vida tal como viudez, disminución de ingresos económicos o jubilación, aceptación de una nueva condición, en cierto modo más dependiente, como una forma natural y que va ligada con la pérdida de las capacidades y declive de la edad.

El psicólogo debe mantener una actitud empática, comprensiva, de apoyo y ternura, pero sin perder su objetividad y tener una mente abierta para entender los problemas de los pacientes mayores. Es negativo apoyarles demasiando y evitarles todas las responsabilidades.

La psicoterapia en los adultos mayores debe tomar cinco áreas de especial importancia: enfermedades crónicas, muerte, matrimonio, amor y sexualidad y comprensión del proceso de envejecimiento.

Los objetivos deben ser concretos y limitados, con terapias breves y directas, objetivos específicos y siempre partiendo de la voluntad del paciente de exponer internamente sus problemas con el terapeuta. Nunca debe aplicarse una técnica de forma rígida, si no que esta debe acaparase a las circunstancias de la problemática. Se incrementa la flexibilidad tanto en el número como en la duración de las sesiones. Algunos pacientes asumen ser

demasiado viejos para cambiar y hay que pelear contra esas actitudes. Evidentemente el abordaje es diferente según nos enfrentemos a un proceso de adaptación al envejecimiento normal, una crisis, un grado impotente de incapacidad física o psíquica o una personalidad dependiente con o sin trastornos cognoscitivos. La terapia con esta población se basa en los conflictos actuales más que en los del pasado.

La terapia grupal en ancianos favorece la socialización y estimulan actitudes para lograr un cambio, favorecen las relaciones interpersonales, rompen la soledad e incrementan la autoestima, permiten dar cauce a temores y sentimientos de frustración y fracaso.

Se aconseja trabajar con grupos de edades similares. Esta terapia puede ser adecuada para resolver problemas de dependencia, y se corre menor riesgo de que se adopten posturas regresivas.

En general, se sugiere las siguientes condiciones mínimas para participar en grupos de terapia: deseo expreso del propio paciente, suficiente estado de alerta, buena higiene personal, capacidad para entender el lenguaje, movilidad autónoma o posibilidad de ser trasladado en silla de ruedas, afectividad suficientemente rica y ajuste de personalidad suficiente en su vida adulta antes de entrar en crisis (Ugalde, 2010).

1.3.1.1 Técnicas psicoterapéuticas en depresión:

a) **El entrenamiento en relajación**. El más utilizado en terapia de conducta es el desarrollado por Jacobson conocido como “relajación muscular progresiva”. Este método consiste en el aprendizaje de ejercicios de tensión y distensión de distintos grupos

musculares. La práctica repetida del procedimiento ayuda al paciente al paciente a discriminar la experiencia de tensión y a emplear respuestas de relajación frente a ella. De manera característica, el número de grupo musculares sobre los que se practican los ejercicios se van disminuyendo en las sesiones sucesivas hasta prescindir de los ejercicios de tensión muscular e inducir la relajación mediante evocación. El objetivo último es poder aplicar la relajación a situaciones de la vida diaria asociadas a ansiedad (Bernstein, 1999).

b) La reestructuración cognitiva. Consiste en el análisis cuidadoso de pensamientos automáticos comunicados por el paciente que son relevantes para el problema. En este análisis se trata de especificar de manera concreta el significado subjetivo del pensamiento y las evidencias en las que se basa. Más que intentar refutar las valoraciones problemáticas, el terapeuta realiza preguntas focalizadas en el pensamiento y la evidencia en la que se basa, así como en evidencias que podrían cuestionar el pensamiento. La meta es ayudar al paciente a considerar interpretaciones o valoraciones más realistas y adaptativas. Es importante señalar que el desafío de pensamientos automáticos negativos trata de generalizar los cambios de estos patrones cognitivos problemáticos, a través de su práctica repetida, a contextos de la vida diaria de modo que se consoliden cambios (Ellis, 2000).

c) Interpretación: partiendo de la comunicación con el paciente, el terapeuta trata de explicarle aquellos procesos mentales inconscientes que se expresan a través de tal

comunicación y que son el verdadero motor de su comportamiento, y, especialmente, de los síntomas clínicos y dificultades personales (Fenichel, 1966).

d) Técnicas de exposición. Esta estrategia terapéutica implica que el paciente entre en contacto de manera repetida y prolongada con aquellas situaciones que desencadenan estados de ansiedad y que elpaciente sistemáticamente evita. A través de la exposición repetida y prolongada a esas situaciones, las respuestas de ansiedad se extinguen progresivamente. Por ejemplo, la exposición puede realizarse en imaginación o en vivo (confrontación a situaciones de la vida desencadenantes de estados de ansiedad

e) El entrenamiento en solución de problemas. Esta estrategia se entiende como un recurso que facilita el afrontamiento de situaciones de conflicto o estrés. Consiste en varias fases que son aprendidas en el transcurso de las sesiones de terapia con el objetivo de ser empleadas en situaciones problemáticas a las que la persona se ve confrontada. En concreto, las fases del entrenamiento en solución de problemas son las siguientes: — Orientación hacia el problema. — Definición concreta del problema. — Generación de posibles soluciones. — Examen de las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones generadas. — Elección de la solución preferida. — Puesta en práctica de la solución. — Evaluación de los resultados.

f) Experimentos conductuales. El paciente podría hacer determinadas predicciones negativas que conducen a conductas problemáticas como son las conductas de evitación o de búsqueda de seguridad excesivas. La planificación, durante la sesión de terapia, y la puesta en práctica de cambios en ese tipo de conductas podría ayudar al paciente a

comprobar la adecuación de las predicciones negativas, y, en caso de ser inadecuadas, conducir a cambios en el patrón cognitivo disfuncional.

g) Sugestión: es el procedimiento técnico que trata de producir en el paciente determinadas ideas, impulsos y formas de comportamiento, o, por el contrario, hacer desaparecer otras ideas, etc.

h) Abreacción: consiste en facilitar al paciente la descarga emocional de sus afectos, a través de la verbalización de aquellos hechos o circunstancias que se hallan ligados, consciente o inconscientemente, a ellos.

i) Confrontación: el terapeuta intenta dirigir la atención del paciente hacia situaciones, conflictos y alternativas que, aunque no son inconscientes, aquel puede no tener en cuenta en un momento dado o pasar por alto con excesiva rapidez. También es utilizada para focalizar la conciencia del paciente hacia determinadas circunstancias que merecen una reflexión más detenida y cuidadosa de la que les otorga, o para promover en él un estudio más preciso acerca de sus propias actitudes frente a los otros, ante sí mismo y frente a las diversas situaciones ambientales.

j) Clarificación: en la clarificación, el terapeuta intenta ayudar al paciente a tener un mayor conocimiento de sus sentimientos, de sus formas de relación consigo mismo y con los demás y del significado de su comportamiento a fin de obtener una más precisa comprensión de la organización de su personalidad y de la estructura de sus sistemas de respuesta frente al mundo en el cual vive.(Mininisterio de Sanidad y Consumo, 2008).

1.3.1.2 Técnicas psicoterapéuticas en deterioro cognoscitivo.

a) Técnicas de psicoestimulación: Aplicadas en pacientes con Alzheimer de una manera continua y mediante un programa definido y previo, reducen el ritmo de progresión de los efectos degenerativos de esta enfermedad. En pacientes con deterioro cognitivo en estado moderado, retrasa los efectos del Alzheimer, fundamentalmente en criterios de tiempo.

Una modalidad para los enfermos de demencia, consiste en acudir diariamente a talleres, de lunes a viernes una hora al día, para practicar una actividad diferente cada jornada: memoria semántica, categorización, agnosias, memoria automática, psicomotricidad. (Cengarle,2013)

b) Técnica de orientación a la realidad: Técnica para mejorar la calidad de vida de personas ancianas con estados de confusión. Opera mediante la presentación de información relacionada con la orientación (tiempo, espacio y persona), lo cual se considera que proporciona a la persona una mayor comprensión de aquello que le rodea, y posiblemente produce un aumento en la sensación de control y la autoestima.

La Orientación a la Realidad en sesiones de entre 30 y 60 minutos de duración, donde se trabaja en pequeños grupos de pacientes, generalmente varias veces a la semana. Las sesiones tienen un enfoque cognitivo, comenzando habitualmente por la orientación temporal, espacial y siguiendo por la discusión de eventos, generalmente del entorno próximo a los pacientes. Como instrumentos de trabajo se utilizó el clásico Tablero de Orientación que típicamente presenta información como el día, la fecha, la estación del

año, el nombre del lugar y otras informaciones adicionales. Se utilizan además periódicos, cuadernos de notas o diarios personales y objetos o pinturas que muestren el objeto de la discusión.

c) Técnica de reminiscencia

Técnica de revisión de vida la cual involucra la evaluación de la memoria personal con un terapeuta como oyente, usualmente en una sesión cara a cara, de una reminiscencia más general en la que se realizan discusiones en el seno de un grupo y la cual puede tener como objetivo mejorar la interacción en un ambiente agradable y de forma atractiva. Esta última es la técnica terapéutica habitualmente utilizada en el contexto de la estimulación cognitiva (Frances, I.; Barandarian, M.; Marcellan, T. y Moreno, L, 2003)

Estas técnicas de rehabilitación cognitiva fueron reforzadas en conjunto con terapia alternativas como: terapia ocupacional, bailoterapia, arteterapia, musicoterapia, terapias de memoria y razonamiento con la finalidad de mantener activo al adulto mayor tanto físico e intelectualmente.

1.3.1.4 Técnicas psicoterapeuticas en resolución del Duelo.

J. William Worden (2009) nos dice que existen cuatro tareas por las que debe pasar una persona en terapia para la superación del duelo:

Tarea 1: aceptar la realidad de la pérdida.

La aceptación es tanto intelectual como emocional y requiere muchas experiencias diferentes para que sea real para nosotros.

Tarea 2: procesar la pena del duelo.

El tipo de pena experimentado depende de muchos factores exclusivos de cada relación.

Muchas personas se benefician del apoyo externo que los ayuda a afrontar y resistir la pena que produce la pérdida. Se mitiga y disminuye con el tiempo.

Tarea 3: adaptarse a un mundo sin la persona fallecida.

La adaptación en muy amplia, incluye adaptaciones externas (vida diaria sin la persona), internas (¿Quién soy ahora?) y espirituales (encontrar nuevas formas de ver el mundo).

Hay oportunidades para encontrar nuevas capacidades y para crear cambios con sentido.

Tarea 4: encontrar una conexión duradera con la persona fallecida mientras se comienza una nueva vida.

La aceptación de la pérdida no significa que la relación con la persona fallecida ha concluido. Encontrar una manera propia exclusiva de continuar una conexión con esa persona es normal y saludable.

Los objetivos realistas del trabajo del duelo incluyen recuperar el interés en la vida y sentirse esperanzado, descubrir los nuevos aspectos de uno mismo y entablar nuevas relaciones: seguir adelante.

a) La silla vacía segura y protegida: Se combinan la técnica de silla vacía, retomando psicodrama, y el lugar seguro y protegido, se solicita al paciente que con el poder de su imaginación se ubique en su lugar seguro y protegido y visualice a la persona producto del duelo.

b) Carta cerrada: Técnica en donde la persona utiliza la carta como medio de proyección de ideas, pensamientos, emociones o sentimientos a cualquier ente que la involucre. La carta puede ser guardada, compartida, quemada, etc como manera simbólica (Martin, 2006).

c) Experimentar el vacío: La persona enfrenta sus sensaciones desagradables. Se facilita el contacto con lo no deseado. Al evitar lo desagradable, no se reconoce lo que molesta y, por lo tanto, no se resuelve el problema.Una forma de realizarlo consiste en pedirle al paciente que vaya incrementando las sensaciones que está experimentando en su cuerpo y conocer en mensaje que se encuentra en esas sensaciones.

d) Expresar lo no expresado: En ocasiones el paciente inicia la plática sin terminar la frase o se dispersa en racionalizaciones. El terapeuta puede utilizar esta técnica, con el objeto de facilitar el darse cuenta de su evitación.

e) El lugar seguro y protegido: se ocupa en procesos de duelo donde el paciente experimenta fuertes expresiones de dolor, como una forma de protección: Respirando, siente como el aire va ingresando a través de tu nariz o tu boca, en un sentido o en otro y pon atención a los latidos de tu corazón y fíjate cómo son estos. Imagina cómo es el lugar

donde te sientas segura y protegida. ¿Ya te diste cuenta cómo es ese lugar? Y sin que tu hagas nada deja que con el poder de tu mente y por medio de tu respiración se fortalezca y mejore ese lugar donde te sientas como tú necesitas, segura y protegida. Ahora observa como aparece frente a ti… De la misma forma se puede ocupar para el manejo de dolor permitiendo que el paciente evite las manifestaciones desagradables

f) Asuntos inconclusos. Generalmente esto se traduce en sentimientos expresados en forma incompleta. Los pacientes son estimulados para que intenten concluir aquellos asuntos no terminados cuando se trata de sentimientos no expresados hacia un miembro del grupo se solicita al paciente que los exprese directamente. Los terapeutas gestálticos han descubierto que el resentimiento es el sentimiento no expresado más frecuente y significativo, y a menudo lo enfrentan mediante un juego en el cual la comunicación se limita a afirmaciones que comiencen con las palabras "yo tengo resentimiento".

g) El ritmo de contacto y alejamiento: El alejamiento de aquí y ahora se trata experimentalmente; al paciente no se le advierte que debe evitar el alejamiento, pero se le pide que se dé cuenta cuando se aleja y permanece en contacto. A veces se pide a un paciente o grupo de pacientes que cierren los ojos y se alejen. Por medio de su continuom del darse cuenta, los pacientes relatan su experiencia. El trabajo prosigue mientras el paciente regresa del aquí y ahora habiendo satisfecho su necesidad de alejamiento, habiendo llevado la atención al proceso mismo de atención (Polo & Polo, 2008).

1.3.2 Intervención en personas con discapacidad.

Rivera (2008), en su artículo "DESARROLLANDO HABILIDADES SOCIALES EN LOS NIÑOS Y NIÑAS A TRAVES DEL JUEGO" nos dice que:

Las estrategias de intervención se denominan como entrenamiento en habilidades sociales. En esta estrategia de entrenamiento y enseñanza se emplean un conjunto de técnicas conductuales y cognitivas enfocadas a adquirir aquellas conductas socialmente efectivas que el niño y la niña no tiene en su repertorio y también modificar las conductas de relación interpersonal que le niño y niña poseen pero que son inadecuadas.

Las áreas a trabajar dentro del entrenamiento de las habilidades sociales son:

AREA 1. Habilidades Básicas de Interacción social.

En esta área incluyen habilidades y comportamientos básicos y esenciales para relacionarse con cualquier persona ya sea niño, niña o adulto y aunque no se tenga el objetivo concreto de establecer una relación de amistad, ya que estas conductas se muestran tanto en las interacciones afectivas y de amigos, como en otro tipo de contactos personales en los que la interacción es sólo instrumento para conseguir otros objetivos.

Sonreír y reír, Saludar, Presentaciones, Favores, Cortesía y amabilidad

AREA 2. Habilidades para hacer amigos y amigas

En esta área abordaremos las habilidades que son cruciales para el inicio, desarrollo y mantenimiento de interacciones positivas y mutuamente satisfactorias con los iguales.

La aceptación social es un tema que está relacionado con éste, entendida como el grado en que un niño o niña es querido o aceptado, o rechazado en su grupo de iguales.

Reforzar a los otros, Iniciaciones Sociales, Unirse al Juego con otros, Ayuda, Cooperar y compartir

AREA 3. Habilidades Conversacionales

La importancia de estas habilidades se pone de manifiesto al comprobar que se ponen en juego en cualquier situación interpersonal y, en cierto modo, son el soporte fundamental de las interacciones con otras personas Para que las interacciones con los iguales sean efectivas, es imprescindible que el niño y la niña se comuniquen adecuadamente con los otros, y que converse con los demás. Por medio de la expresión verbal alabamos a los otros, expresamos nuestros sentimientos, negociamos en un conflicto. Además, en la infancia la conversación no es sólo un medio esencial de participación sino también de aprendizaje.

Iniciar conversaciones y mantener conversaciones

AREA 4 Habilidades Relacionadas con los Sentimientos, emociones y opiniones.

Expresar y recibir emociones (Rivera, et al 2008).

1.3.2.1 Técnicas Psicoterapéuticas

a) Modelado: Esta es una técnica fundamental, básica y de más amplia utilización en el entrenamiento de las habilidades sociales. Consiste en exponer al niño y niña a uno o

varios modelos que exhiben las conductas que tiene que aprender. Es la presentación de ejemplos de la correcta aplicación de la habilidad. Los principales modelos en el ámbito escolar son los propios alumnos o alumnas, la maestra o maestro, otros adultos, grabaciones (videos casetes), títeres, marionetas, muñecos, fotografías, dibujos y otros. En el ámbito familiar además de los ya mencionados se incluyen hermanos, familiares y vecinos (Bandura, 1982).

b) Reforzamiento: Esta técnica consiste en decir o hacer algo agradable al niño o niña después de su buena ejecución, los adultos (maestros, maestros, padres) o los iguales comunican al niño o niña que aprueban lo que ha hecho. Entre los reforzadores que podemos utilizar son: refuerzo social (verbal, gestual, físico y mixto), refuerzo de actividades y refuerzo material. Cuando la actuación del niño y la niña ha sido correcta se le refuerza, a la vez que se le proporciona una retroalimentación informativa verbal en la que se aclaran las conductas bien realizadas (Skinner, 1977).

c) Instrucción verbal: Se aplica en la enseñanza de las habilidades sociales e implica el uso del lenguaje hablado para describir, explicar incitar, definir, preguntar, o pedir comportamientos interpersonales. La instrucción verbal incluye descripciones, ejemplos, peticiones, preguntas e incitaciones respecto a la habilidad, lo cual puede ser a través del dialogo, discusión o puesta en común.

d) Práctica: Consiste en el ensayo y ejecución de las conductas y habilidades que el niño y la niña tienen que aprender, de forma que logre incorporarlos a su repertorio y exhibirlas en situaciones adecuadas.

La Terapia Ocupacional se encarga de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación (Rivera,2008).

La psicoeducación generalmente la lleva a cabo el profesional encargado de realizar la intervención o el tratamiento y se debe siempre adecuar al nivel de entendimiento y comprensión de la persona, al nivel sociocultural y de desarrollo del niño y su familia, a su personalidad, a las características del trastorno y la información sobre la problemática. En el caso de los niños, debe tenerse especial cuidado con el uso de términos y emplear un lenguaje sencillo, simbólico y que ellos puedan entender (Bulacio, J.M., Vieyra M. C. y Esteban, E, 2008).

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo de estudio

Se realizará un estudio descriptivo, explorativo e interventivo.

2.2 Población

La población estará constituida por los adultos mayores usurarios que asisten de forma ambulatoria al Centro Gerontológico Diurno Juan Pablo II, además de las personas con discapacidad usuarias del Centro Diurno para personas con discapacidad del cantón Sígsig

2.3 Criterios de inclusión y exclusión

Se definirán como criterios de inclusión: a 40 usuarios adultos mayores ambos sexos; edad de 65 años en adelante y que pertenecen al proyecto "Centro Diurno". Los criterios de exclusión serán usuarios adultos mayores que pertenecen a los proyectos: visitas domiciliarias y espacios alternativos.

En el caso de las personas con discapacidad se definirán como criterios de inclusión: ambos sexos, 9 usuarios del centro diurno derivados por el ex director del mismo y con discapacidad física e intelectual.

2.4 Instrumentos

Para este proyecto se utilizó fichas psicológicas que fueron llenadas mediante entrevistas clínicas para diagnosticar las diversas problemáticas, una hoja de evolución y seguimiento del tratamiento, además de la aplicación de reactivos como: escala de

DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE, ÍNDICE DE BARTHEL y el MINIMNENTAL TEST para medir el estado mental, emocional y el tipo de dependencia de los usuarios adultos mayores requeridas por el centro de prácticas.

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage, ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. En relación a la fiabilidad del test presenta un alfa de Cronbach de 0.86 (Martínez, 2005).

El Índice Barthel es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD).En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alfa de Cronbach de 0,86-0,92. (CID-RUZAFA, Javier y DAMIAN-MORENO, Javier, 1997)

El test Minimental State Examination (MMSE) se trata de una escala psicométrica breve para evaluar el estado cognitivo de las personas. Fue desarrollado por Marshal F. Folstein, Susan Folstein, and Paul R. McHugh en 1975 como un método para establecer el estado cognoscitivo del paciente. Se aplica a personas adultas de 65 años en adelante. En cuanto a su fiabilidad el test presenta un alfa de Cronbach de 0.83 (Lobo, 2002).

En este reactivo se tuvo que realizar una adecuación de ciertos términos en algunas escalas para una mejor comprensión y resolución de las preguntas, debido al nivel cultural de la población.

Se aplicó un cuestionario para evaluar el trabajo realizado por los terapeutas, el mismo que está conformado por 5 preguntas de opción múltiple de fácil resolución. Fue aplicado al término de los 9 meses de la intervención psicológica.

2.5 Procedimiento

De acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados se trabajó con una población de aproximadamente 40 adultos mayores y 9 personas con discapacidad, usuarios del centro donde realizamos las practicas pre profesionales.

Con los cuales se comenzó a realizar las actividades propuestas, empezando por las entrevistas iniciales, llenado de historias clínicas, aplicación de reactivos, establecimiento de diagnóstico, intervención psicológica y seguimiento.

Una vez obtenidos los resultados se procedió a: determinar y operacionalizar las variables sociodemográficas y establecer protocolos de atención psicológica para la población vulnerable del cantón Sígsig.

III. RESULTADOS

Tabla 1:

Ficha Sociodemográfica: Adultos Mayores

Nombres	Género	Edad	Estado Civil	Lugar de Residencia	Vive con	Instrucción
Participante 1	F	72	Casada	Sígsig	Esposo	Primaria
Participante 2	F	68	Soltera	Sígsig	Mamá	Primaria
Participante 3	M	85	Soltero	Sígsig	Solo	Sin instrucción
Participante 4	F	83	Casada	Sígsig	Esposo	Sin instrucción
Participante 5	F	65	Viuda	Sígsig	Sola	Primaria
Participante 6	F	93	Viuda	Sígsig	Sola	Primaria
Participante 7	F	65	Casada	Sígsig	Esposo	Primaria
Participante 8	F	84	Casada	Sígsig	Esposo	Sin instrucción
Participante 9	F	78	Viuda	Sígsig	Sola	Sin instrucción
Participante 10	F	70	Viuda	Sígsig	Sola	Primaria
Participante 11	F	73	Casada	Sígsig	Esposo	Primaria
Participante 12	F	72	Viuda	Sígsig	Nietos	Primaria
Participante 13	F	74	Viuda	Sígsig	Sola	Primaria
Participante 14	F	82	Casada	Sígsig	Esposo	Primaria
Participante 15	F	71	Viuda	Sígsig	Sola	Primaria
Participante 16	F	83	Casada	Sígsig	Esposo	Primaria
Participante 17	F	85	Viuda	Sígsig	Hija	Sin instrucción
Participante 18	M	81	Casado	Sígsig	Esposa	Primaria
Participante 19	F	86	Viuda	Sígsig	Sola	Sin instrucción
Participante 20	M	80	Casado	Sígsig	Esposa e hija	Primaria
Participante 21	F	77	Casada	Sígsig	Esposo	Primaria
Participante 22	F	82	Viuda	Sígsig	Sola	Primaria
Participante 23	M	82	Casado	Sígsig	Esposa	Primaria
Participante 24	F	69	Divorciada	Sígsig	Sola	Primaria
Participante 25	F	82	Viuda	Sígsig	Sola	Primaria
Participante 26	F	81	Separada	Sígsig	Sola	Primaria
Participante 27	F	88	Casada	Sígsig	Esposo	Sin instrucción
Participante 28	F	84	Viuda	Sígsig	Sola	Primaria
Participante 29	F	68	Soltera	Sígsig	Tia	Primaria
Participante 30	F	86	Viuda	Sígsig	Hijo	Sin instrucción

Participante 31	F	65	Viuda	Sígsig	Hija	Primaria
Participante 32	M	65	Soltero	Sígsig	Mamá	Primaria
Participante 33	F	86	Viuda	Sígsig	sobrina	Sin instrucción
Participante 34	F	65	Casada	Sígsig	Esposo	Primaria
Participante 35	F	65	Separada	Sígsig	Hijos	Primaria
Participante 36	F	80	Viuda	Sígsig	Sola	Primaria
Participante 37	F	70	Viuda	Sígsig	Sola	Primaria
Participante 38	M	85	Casado	Sígsig	Esposa	Sin instrucción
Participante 39	F	69	Soltera	Sígsig	sobrino	Primaria
Participante 40	F	65	Casada	Sígsig	Esposo	Primaria

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

3.1 Procesamiento y tabulación de los datos obtenidos en la encuesta psicosocial.

1) Género

Tabla 2: Género

Género	Casos	%
Masculino	6	15%
Femenino	34	85%
Total	40	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

En lo referido al género, observamos que las mujeres constituyen un mayor porcentaje de la muestra representando el 85% en relación al 15% que corresponde a los hombres. Esto refleja una mayor expectativa de vida en las mujeres, además que en nuestra sociedad las mismas están más abiertas a tener una mayor actividad social con personas que se encuentran en la misma etapa de su ciclo vital.

2) **Edad**

Tabla3: Edad

Edad	**casos**	**%**
65-75 años	18	45%
75-85 años	17	42%
85 en adelante	5	13%
Total	40	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

El 45% comprende entre las edades de 65 a 75 años llamados ancianos jóvenes, debido a que física y mentalmente todavía gozan de una salud estable. El 43% se encuentran entre los 75 a 85 años llamados ancianos-ancianos, ya que se ve una disminución debido a que son edades avanzadas donde los problemas de salud e impedimentos físicos de movilización y salud en general aumentan, el 13% hace referencia a edades de 85 años en adelante, denominados muy ancianos, debido a que las expectativas de vida en nuestro medio son muy bajas. Análisis referido a los estadios del adulto mayor (Suzman & Riley, 1985).

3) Estado civil

Tabla 4: Estado Civil

Estado Civil	Casos	%
Soltero/a	15	37%
Casado/a	5	12%
Viudo/a	17	43%
Divorciado/a	1	3%
Separado/a	2	5%
Total	40	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

Los datos obtenidos nos indican que el 43% de los adultos mayores son viudos, esto debido a la baja expectativa de vida que existe en los hombres en medio. El 37% indica que existe un gran porcentaje de adultos mayores que siguen casados, mientras que el 12% son solteros, debido a que en el medio en que se realizó este trabajo muchas personas se hacían responsables de sus padres u otros familiares, lo que les impedía establecer una relación formal. Un menor porcentaje se encuentran separados o divorciados.

4) Vive con:

Tabla 5: Vive con

Con quién vive	Casos	%
Solo/a	15	37%
Esposo/a	15	37%
Hijos	4	10%
Nietos	1	3%
Mamá	2	5%
Tío/a	1	3%
Sobrinos	2	5%
Total	40	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

El 37% de los adultos mayores vive con su esposo/a reflejando su estado civil, mientras que un porcentaje similar del 37% vive solo, debido que en este medio muchos han sufrido abandono, además de la muerte de sus cónyuges, y un porcentaje menor vive con familiares cercanos

5) **Instrucción:**

Tabla 6: Instrucción

Instrucción	Casos	%
Primaria	30	75%
Sin Instrucción	10	25%
Total	40	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

Los datos obtenidos nos muestran que el 75% de adultos mayores tienen una instrucción primaria, mientras que el 25% de los usuarios no tuvo instrucción alguna.

3.2 Procesamiento y tabulación de los datos obtenidos en la aplicación de reactivos.

1) **Escala de Yessavage**

Tabla 7: Escala de Yessavage

Test de Depresión de Yessavage	Casos	%
Depresión	6	15%
Probable depresión	10	25%
Normal	24	60%
Total	40	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

Los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage nos indican que el 60% de los usuarios del centro diurno para adultos mayores tiene un estado emocional estable, lo que va de acuerdo a lo obtenido en las entrevistas y tratamientos realizados. Mientras que en el 15% de los usuarios existe una probable depresión.

2) Índice de Barthel

Tabla 8: Índice de Barthel

Índice de Barthel	Casos	%
Independencia	32	80%
Dependencia escasa	8	20%
dependencia severa	0	0%
Dependencia total	0	0%
Total	40	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

Los resultados del Índice de Barthel nos indican que el 80% de usuarios del centro gerontológico son independientes en las actividades de la vida diaria, lo que concuerda con lo que se percibió durante los 9 meses de prácticas. Mientras que el 20% presenta una dependencia leve.

3) Minimental

Tabla 9: Minimental

Minimental	Casos	%
Normal	17	42%
Sospecha patológica	6	15%
Deterioro	16	40%
Demencia	1	3%
Total	40	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

Los resultados obtenidos en el Minimental Test nos indican que el 42% de adultos mayores presentan un estado mental normal, mientras que el 40% presenta un deterioro cognitivo. El 15% empieza a presentar una sospecha patológica

3.3 Estadísticas de los Casos

1) Tratamiento

Tabla 10: Tratamiento

Tratamiento	Casos	%
Personas que necesitan tratamiento	16	40%
Personas que necesitan asesoramiento	24	60%
Total	40	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos en los reactivos y entrevistas realizadas a los usuarios del centro gerontológico se estableció que el 60% de los mismos recibiera un asesoramiento referente a problemas propios de la edad, mientras que el 40% recibió un tratamiento psicológico de acuerdo a diferentes problemáticas.

3.4 Procesamiento y tabulación de los datos obtenidos en la aplicación del cuestionario a los usuarios del centro gerontológico.

1) **¿Qué tan satisfecho se sintió usted al recibir una intervención psicológica?**

Tabla 11: Pregunta 1

Pregunta 1	Casos	%
Muy Satisfactorio	31	77%
Satisfactorio	7	18%
Poco Satisfactorio	2	5%
Insatisfactorio	0	0%
Total	40	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

Los resultados obtenidos en la encuesta señalan que un 77% de usuarios del centro gerontológico se mostraron muy satisfechos con la intervención psicológica recibida. Mientras que un mínimo porcentaje del 5% se mostraron poco satisfechos.

2) **¿En qué medida le ha ayudado la intervención grupal /individual en relación al problema específico tratada en terapia?**

Tabla 12: Pregunta 2

Pregunta 2	Casos	%
Hizo que las cosas mejoraran mucho	19	47.50%
Hizo que las cosas mejoraran en algo	19	47.50%
No hubo cambios	2	5%
Hizo que las cosas empeoraran	0	0%
Total	40	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

Los resultados indican que en un porcentaje similar de un 47.50% de adultos mayores del centro gerontológico creen que su problemática mejoró mucho o en algo por la intervención psicológica brindada. Mientras que el 5% notó que no hubo cambios.

3) **¿Cómo le pareció las intervenciones brindadas por los terapeutas durante las terapias individuales/grupales?**

Tabla 13: Pregunta 3

Pregunta 3	Casos	%
Muy Bueno	26	65%
Bueno	13	32%
Regular	1	3%
Malo	0	0%
Total	40	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

El 65% de adultos mayores del centro gerontológico concuerdan que la intervención psicológica brindada por los terapeutas fue muy buena. En cambio, un porcentaje mínimo de un 3% cree que fue regular.

4) **¿Cómo fue la confianza que se generó entre usted y el terapeuta durante las distintas intervenciones?**

Tabla 14: Pregunta 4

Pregunta 4	Casos	%
Muy Buena	25	62%
Buena	14	35%
Regular	1	3%
Mala	0	0%
Total	40	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

Los resultados indican que la confianza generada entre los adultos y los terapeutas fue muy buena en un 62%, buena en un 35% y el 3% de usuarios cree que fue regular.

5) **¿Cree que se debe seguir dando tiramiento psicológico a los adultos mayores de este centro?**

Tabla 15: Pregunta 5

Pregunta 5	**Casos**	**%**
Si	37	92%
No	3	8%
Total	40	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

La mayoría de adultos mayores en un porcentaje del 92% piensa que se debe seguir dando tratamiento psicológico, en cambio el 8% de usuarios tienen una postura negativa con relación a la pregunta.

Tabla 16:

Ficha Sociodemográfica: Personas con Discapacidad

Nombre	Edad	Genero	Tipo de discapacidad	Vive con	Domicilio
Participante 1	22	M	Retardo mental moderado y discapacidad física	Madre	Sigsig
Participante 2	23	F	Retardo mental grave	Abuela	Sigsig
Participante 3	23	M	Retardo mental grave	Hermana	Sigsig
Participante 4	31	F	Retardo mental grave	Madre	Sigsig
Participante 5	30	M	Retardo mental grave	Madre	Sigsig
Participante 6	20	M	Retardo mental moderado	Abuela	Sigsig
Participante 7	21	F	Retardo mental moderado	Madre	Sigsig
Participante 8	12	M	Retardo mental moderado y discapacidad física	Padres	Sigsig
Participante 9	23	M	Retardo mental grave	Madre	Sigsig

3.5Procesamiento y tabulación de los datos obtenidos en la encuesta psicosocial en discapacitados.

a) **Género**

Tabla 17: Género

Genero	Casos	%
Masculino	6	67%
Femenino	3	33%
Total	9	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

De acuerdo a los datos obtenidos en la encuesta psicosocial podemos observar que el porcentaje de discapacidad del género masculino (67%) representa el doble que el género femenino (33%).

b) Tipo de discapacidad

Tabla 18: Tipo de discapacidad

Tipo de discapacidad	Casos	%
Retardo mental	7	78%
Mixto (Físico y Mental)	2	22%
Total	9	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

Los datos obtenidos indican que existe un porcentaje del 78% de usuarios con discapacidad mental en relación al 22% de usuarios que presentan discapacidad física.

c) Vive con

Tabla 19: Vive con

Vive con	Casos	%
Padres	6	67%
Abuela	2	22%
Hermano	1	11%
Total	9	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

La encuesta psicosocial nos indica que el 67% de usuarios viven con sus padres, el 22% con sus abuelas y el 11% con su hermano.

d) Tratamiento

Tabla 20: Tratamiento

Tratamiento	Casos	%
Psicoeducación	3	33%
Adquisición de habilidades sociales	5	56%
Resolución de problemas	1	11%
Total	9	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

Las estadísticas indican que el tratamiento en la mayoría de personas con discapacidad fue enfocado en la adquisición de habilidades sociales en un 56%, el 33% en psicoeducación y el 11% fue dirigido a la resolución de problemas.

3.6 Procesamiento y tabulación de los datos obtenidos en la aplicación del cuestionado a los usuarios del centro diurno.

1) **¿Te gustaron las terapias brindadas por los psicólogos?**

Tabla 21: Pregunta 1

Pregunta 1	Casos	%
Si	7	78%
No	2	22%
Total	9	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

De acuerdo a la pregunta, al 68% de personas con discapacidad les gustó recibir terapia psicológica, en contraste al 22% que no le gustó recibir psicoterapia.

2) ¿Crees que las terapias te ayudaron a mejorar?

Tabla 22: Pregunta 2

Pregunta 2	Casos	%
Si	9	100%
No	0	0%
Total	9	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

El 100% de los participantes piensan que la intervención psicológica les ayudó a mejorar.

3) ¿Te gustaría seguir recibiendo terapia psicológica?

Tabla 23: Pregunta 3

Pregunta 3	Casos	%
Si	7	78%
No	2	22%
Total	9	100%

Autores: Cristian Araujo y Edisson Rodas.

Interpretación

El 78% de los usuarios de centro diurno para personas con discapacidad creen que les gustaría seguir recibiendo terapia psicológica, y un 22% se muestra de forma negativa con respecto a la pregunta.

DISCUSIÓN

Este proyecto tuvo como propósito realizar una intervención psicológica en la población vulnerable del cantón Sígsig, para lo cual se realizó una entrevista individual, la que ayudó a diagnosticar las diferentes problemáticas, y de esta forma planificar y realizar un tratamiento adecuado para cada una de ellas.

A continuación, se estarán discutiendo, detallando y comparando los diferentes puntos de nuestro proyecto:

De acuerdo al proyecto realizado se pudo determinar cuál es la población vulnerable del cantón Sígsig. Este tipo de personas presentan: recursos económicos bajos e instrucción educativa escasa (75% de los usuarios apenas cursó la educación primaria, mientras que el 25% no tiene instrucción). En el caso de las personas adultas mayores deben tener una edad de 65 años en adelante, mientras que en las personas con discapacidad deben tener un deterioro físico, cognitivo (78% de los usuarios) o mixto (22% de los usuarios) que les impida desarrollarse de manera normal en su entorno.

El uso de varios modelos psicológicos hizo que la terapia tenga una mayor eficacia para intervenir este tipo de población, debido a las características que presenta como: la edad, estado físico, cognitivo y el nivel de educación bajo, que no permite realizar un tipo de tratamiento específico, sino integrarlos para dar soluciones a una misma problemática desde diversas perspectivas psicológicos.

En discordancia con la investigaciones de Erickson(1959), Havinghurts(1974) y Peck (1964) donde hablan sobre la dificultad para adaptarse al proceso de jubilación que

conlleva un distanciamiento y flexibilidad en las labores sociales y disminución de recursos económicos de forma general en los adultos mayores al igual que los estudios de Rodríguez & Buela, (2003), que refieren quea nivel social algunos de los hechos que impactan la vida del adulto mayor se relacionan con el temor por la pérdida de los seres queridos, la jubilación y con ella la inclusion social, la falta de actividades físico-recreativas y la disminución de la interacción social. En la población con la que trabajamos esto se presenta de diferente forma debido a que los mismos trabajan de forma independiente en agricultura, ganadería y tejido de paja, por lo que a pesar de la edad avanzada siguen realizando estas actividades manteniendo ingresos económicos similares, buscando una interacción social con personas de la mismaedad para mantenerse activos dentro de la sociedad, en centros de acogida a los que asisten de forma voluntaria.

Según los estudios de Suzman & Riley (1985) en los que divide al periodo de la edad adulta mayor en 3 estadios: ancianos jóvenes (65-75), ancianos-ancianos (75-85) y muy ancianos (85 en adelante), refiere acerca del deterioro físico y cognitivo a medida que avanza la edad. En relación a los resultados de nuestro proyecto podemos especificar que existe concordancia con lo relacionado al aspecto físico, pero de acuerdo a la cognición no existe un deterioro significativo, ya que son individuos que en su mayoría viven en independencia, por lo que se ven obligados a realizar las tareas cotidianas que hacen menos progresivo el deterioro. De acuerdo al análisis de resultados de los test nos muestran que en esta población según del indicie de Barthel el 80% de la población

adulta mayor es independiente, mientas que el Mini mental TEST nos indica que el 42% de esta población tiene un estado cognitivo normal.

Según Rivera, (2008) propone un tratamiento psicológico para las discapacidades basado en el entrenamiento en habilidades sociales. En el transcurso de nuestro proyecto coincidimos en su aplicación, debido a que es necesario enseñar habilidades sociales a este tipo de población para que puedan encajar y desenvolverse de una mejor forma en su entorno, es por eso que el 56% de nuestra intervención con estas personas se basó en adquisición de estrategias sociales.

Al evaluar nuestro trabajo en base a un cuestionario de satisfacción de simple resolución, nos pudimos dar cuenta que tanto personas adultas mayores como personas como discapacidad coinciden que el mismo se realizó de forma satisfactoria, ayudándoles de cierta manera a mejorar, en un 77% en adultos mayores y en un 100% en personas con discapacidad, mientras que la mayoría piensa que se debe seguir dando un tratamiento psicológico, en un porcentaje del 92% en adultos mayores y en un 78% las personas con discapacidad.

Una de las principales debilidades al realizar este proyecto fue el poco conocimiento de cómo estructurar una sesión y tratar con las problemáticas de las personas con discapacidad, debido a que en nuestra formación académica no se profundizó en detalle el tratamiento psicológico con este tipo de población, el mismo que fue superado a través del apoyo e instrucción tanto del tutor externo como del interno, además de una investigación y autoeducación adecuada acerca del tema.

Los aportes que brinda nuestro proyecto a la comunidad vulnerable de los diferentes centros de acogida del cantón Sígsig son: sentar una base de datos, diagnosticar y tratar problemáticas psicológicas. Y a través de nuestra experiencia desarrollar un protocolo de intervención que sirva de modelo y apoyo, para la atención psicológica de adultos mayores y personas con discapacidad. Estos aportes van validados con lo dicho por el Colegio Oficial de Psicólogos, (2002) en donde pretende que los psicólogos contribuyan con el diseño de medidas fiables que permitan una evaluación, seguimiento de los programas de intervención y que se preocupen por emplear estrategias que contribuyan al cambio conductual, además de la promoción y prevención de la enfermedad, optimizando el proceso de adaptación con intervenciones que apunten a necesidades propias de la población y del contexto familiar y social que lo rodea.

Hemos creído importante mencionar la satisfacción y agradoque nos dejó el haber conocido, convivido, trabajado y ayudado a personas que muchas de las veces son olvidadas por la sociedad y que de cierta forma nos han dejado una gran enseñanza de vida.

CONCLUSIONES

Para brindar una intervención psicológica en la población vulnerable del cantón Sígsig se debe tomar en cuenta tanto factores internos como externos que intervienen en el proceso psicoterapeútico. La cultura, edad, condición física y mental son variantes que atenúan en el diario vivir de esta población, además de influenciar de manera tanto positiva como negativa en la problemática individual, por lo que se ve conveniente utilizar varios recursos terapéuticos de distintas escuelas psicológicas para poder tratar de manera más eficaz las diferentes problemáticas psicológicas.

El trabajo multidisciplinario con distintos profesionales especializados en el área es de suma ayuda para una mejor intervención en la salud en general del paciente. Además, nos brinda un contexto mucho más amplio y general de las circunstancias por las que atraviesa la persona.

Establecer redes de apoyo con los familiares, amigos o allegados del paciente son necesarias y de gran ayuda para el proceso psicoterapéutico. Contribuye a que la persona pueda mantener de forma más eficaz todos sus logros alcanzados en el tratamiento.

La Psicoeducación en general es una herramienta necesaria e indispensable para trabajar con estas personas debido a que les da un mayor conocimiento de las problemáticas por las que están pasando, además les da un contexto más amplio de que existen diferentes soluciones a sus problemas.

El aporte principal del proyecto de tesis es dejar sentada una base psicológica mediante un protocolo para que futuros profesionales de la salud mental continúen con el trabajo realizado con la población vulnerable.

Podemos concluir que la intervención psicológica es de suma importancia con este tipo de población, ya que no solo ayuda a personas con problemas mentales graves, sino también a aquellas que pasan por inconvenientes personales o contextuales que se le hace difícil de superar.

Nos permite ayudar a las personas que quieren despejar dudas o tener un mayor conocimiento de ciertas circunstancias propias a su edad, condición física o mental por la que están pasando. Además, nos permite crear en cierta medida una conciencia social sobre la gran importancia que tiene el laborar, trabajar, ayudar y convivir con la población más vulnerable de esta sociedad.

RECOMENDACIONES

Para intervenir con este tipo de población es necesario acoplarse al estilo de vida, creencias culturales y religiosas, de tal forma que sean usadas de forma positiva en el proceso de tratamiento psicológico lo que ayuda a promover una mejor empatía y una mejor alianza terapéutica.

Se cree conveniente continuar con el trabajo de forma progresiva, ya que el hecho de empezar de nuevo todo el proceso cada vez que llega un nuevo profesional de la salud mental a estos centros de acogida generaría un estancamiento en el tratamiento y una resistencia de esta población a continuar con el proceso.

Es recomendable utilizar varios tipos de modelos psicológicos a lo largo del tratamiento ya que nos brindan una amplia variedad de solucionas a una misma problemática y de cierta forma flexibilizan el proceso, lo que es de gran ayuda al momento de trabajar con este tipo de población, además de hacer un trabajo conjunto con el resto de áreas de salud para tener un contexto más amplio del estado en general del paciente.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR. Washington, DC: Author, 2000 (Trad. Castellano, Barcelona: Masson, 2002).

Ávila.Flor. (2010). *Definición y objetivos de la geriatría*. Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102b.pdf

Bandura,A.(1982).Teoría del aprendizaje social.Madrid: Espasa-Calpe.

Bernstein, DA. Entrenamiento en relajación progresiva. Ed. DDB. Bilbao, 1999.

Becerra-Pino M; Sosa-Ortíz AL; Lozano DME; Trujillo Z; Lara EA y cols. Depresión en el adulto mayor. Guía de Consulta para el Médico General. Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano. Secretaría de Salud. México, D.F. 2004.

Bulacio, J.M., Vieyra M. C. y Esteban, E (2008). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (ICCAp).

CABODEVILLA, I. (2015). Las pérdidas y sus duelos. Anales Sis San Navarrapp. 163-176 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627.

Cantore, H. (2010). *CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA DISCAPACIDAD*. Obtenido de http://www.efn.unc.edu.ar/escuelas/biomedica/Plandeestudios/materias%20completas/Ingenieria%20en%20rehabilitacion/Clases%202010/06-Causas%20y%20consecuencias%20de%20la%20discapacidad.pdf

Carrizales, J. (20 de Abril de 2014). *Programa de Prevención Primaria*. Obtenido de http://documents.tips/law/prevencion-primaria-adultez-tardia.html

Castanedo, C., & Sarabia, C. (2009). *Enfermería en el Envejecimiento: Universidad de Cantabria*. Obtenido de http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/temas-pdf/Tema%201%20Conceptos%20Generales.pdf

Cengarle, C. (2013). *TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA*. Obtenido de http://www.lapaginadelmedico.com.ar/TRATAMIENTO%20DE%20LA%20DEMENCIAS.pdf

Colegio Oficial de Psicólogos (2002). Psicología, psicólogos y envejecimiento: Contribución de la psicología y los psicólogos al estudio y la intervención sobre el envejecimiento. Revista Especializada en Gerontología, 37 268-275.

Córdoba, A., Cortés, F., Gutierrez, A., Herrero, D., Melero, S., & Turo, E. (2006). *BASES PEDAGÓGICAS DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL*. Obtenido de DEFICIENCIAS: http://ponce.inter.edu/cai/bv/Sordos_2006EP.pdf

D´Hyver, C., & Luis, G. (2009). *Geriatría.* Barcelona: Manual Moderno. Obtenido de D´Hyver, Carlos; Gutierres, Luis.

Albert Ellis & Shawn Blau (compilador) (2000). «Vivir en una sociedad irracional; una huía para el bienestar mediante la terapia racional emotiva-conductual». Madrid: Paidós Ibérica.

Erikson, E. 1968 Generativist vs. stagnation. In Middle Age and Aging, edited by B. L. Neugarten. Chicago: The University of Chicago Press.

Fenichel O.,(1966) "Teoría psicoanalítica de las neurosis", Paidós, Buenos Aires.

Flores G, Elizabeth, Rivas R, Edith, & Seguel P, Fredy. (2012). NIVEL DE SOBRECARGA EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR FAMILIAR DE ADULTO MAYOR CON DEPENDENCIA SEVERA. *Ciencia y enfermería*, *18*(1), 29-41. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-95532012000100004.

Flores , S., Huerta , Y., Herrrera , O., Alonso, O., & Calleja, N. (2011). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. Journal of Behavior, Health & Social Issues, 89-100.

FRANCES, I.; BARANDIARAN, M.; MARCELLAN, T. & MORENO, L (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. Anales Sis San Navarra [online]. vol.26, n.3 pp. 383-403 . Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000500007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627.

Gallegos, M., Flores, Q., Castillo, R., & Rosas, O. (2014). *DEMENCIA EN EL ADULTO MAYOR*. Obtenido de http://docplayer.es/7049923-Demencia-en-el-adulto-mayor.html

Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, México: Secretaría de la Salud, 2012.

Guia ractica Clinica Sobre el Manejo de la Depresion en el Adulto Mayor.Galicia: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Las personas con discapacidad en México : una visión al 2010 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México : INEGI, c2013

Jones, A. (2005). *SALUD Y ADULTOS MAYORES VEJEZ*. Obtenido de http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD058.pdf

Ley No. 127. ECUADOR. LEY ESPECIAL DEL ANCIANO. PROYECTO DE REFORMATORIA DE LA LEY DEL ANCIANO. ASAMBLE NACIONAL CONSTITUYENTE. Quito, Ecuador, 2013.

Lobo,A.; Sanz, P.; Marco, G y el grupo de trabajo ZARADEMP, (2002). Exámen Cognoscitivo Mini Mental. Madrid: TEA eds.

Lucksson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., y cols. (2002). Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traduccion a1 castellano de M.A. Verdugo y C. Jenaro (en prensa). Madrid: Alianza Editorial].

Martín, A. (2006) Manual Práctico de Psicoterapia Gestalt. Bilbao: Desclee de Brouwer. Recuperado de: http://www.rinconpsicologia.com/2011/09/la-tecnica-de-los-asuntos-pendientes-en.html

Martinez de la Iglesa J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Arias Blanco MC. Abreviar lo breve (2005). Aproximación a

versiones ultracortas del cuestionario de Yesevage para el cribado de la depresión; 14-21.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (España). II PLAN DE ACCIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2003-2007). Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)

Milá, M. (2013). *Definición, causas y diagnóstico de la Discapacidad Intelectual.* Obtenido de http://agorafundacionareces.es/definicion-causas-y-diagnostico-de-la-discapacidad-intelectual/

OMS (2003a). Informe sobre la salud en el Mundo 2003: forjemos el futuro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.

Pancheri, P. (1987). *Manual de Psiquiatría Clínica.* México DF: Ed. Trillas.

Piña, J., Sánchez, J., & Yborra, J. (2011). *Trastornos y enfermedades crónicas: Una aproximación psicológica.* México: El Manual Moderno.

Polo, M. A., & Polo, P. (2008). *Psicoterapia Gestalt en el Manejo y Resolución de Duelo.* Buenos Aires: Edit.

Prieto, O. (1999). *Gerontología y Geriatría. Breve resumen histórico.* Madrid.

Ecuador. Ministerio de Salud Pública. (2014). *Dirección Nacional de Discapacidades*. Obtenido de http://www.rebelion.org/docs/192745.pdf

Querejta, M. (2004). *DISCAPACIDAD/DEPENDENCIA unificación de criterios de valoración y clasificación.* Madrid: INMERSO.

Rivera M. (2008). *DESARROLLANDO HABILIDADES SOCIALES EN LOS NIÑOS Y NIÑAS A TRAVÉS DEL JUEGO.* Monterrey.

México. Centro de Salud. (2011). *Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención.*D.F: CENETEC.

Sanchez, E., & Ayendez, A. (1975). LA PSICOLOGIA DE LA VEJEZ. Pearson Prentice Hall.

Skinner, B. (1977). Ciencia y conducta humana.Barcelona, España. Fontanella. 1977. 482 p. Edición; 4a ed.

Susman R, Riley MW (1985) Introducing the oldest old.Millbank Memorial Fund Q 63: 177–186 Teitlebaum MS (1975) Relevance of demographic transition theory for developing countries. Science 188: 420–425

Tirado, L.,& Fernández, A. (2008). Necesidades Educativas Especiales MANUAL DE EVALUACIÓN E INTREVENCIÓN PSICOLÓGICA, UNIVERSIDAD DE GRANADA, ESPAÑA.

Ugalde, O. (2010). Guía clínica para el Tratamiento de Trastornos Psicogeriátricos. México: Instituto de Psiquiatría: J. del Bosque.

Uribe-Rodríguez, A. F. & Buela- Casal, G. (2003). Influencia del tipo de residencia sobre la depresión, el deterioro cognitivo y la calidad de vida en personas mayores. Granada: Universidad de Granada (Documento sin publicar)

Warner, K., & Willis, S. (2003).PSICOLOGIA DE LA EDAD ADULTA Y LA VEJEZ. Editorial universitaria, universidad de puerto rico.

Worden J. William, El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia, Editorial Paidós, 1997.

PROTOCOLO DE INTERVENSIÓN

PROTOCOLO DE INTERVENSIÓN PSICOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO

"JUAN PABLO II"

Tabla 24: Protocolo "Adultos mayores"

	Metodología
Pretratamiento	Entrevista semi estructurada: - Recolección de datos Aplicación de reactivos. Encuadre.
Tratamiento	Terapia (individual y grupal). Sesiones y horarios flexibles. Duración entre 40-45 minutos. Pisco educación Técnicas dinámicas basadas en lo espiritual y humanismo. Fichas de evolución Trabajo multidisciplinario. Cierre.
Postratramiento	Seguimiento.

1) Pretratamiento

Es el primer encuentro con el paciente en donde se realiza una entrevista semi estructurada para: generar una relación terapéutica, obtener información relevante y aplicar reactivos que ayuden a establecer un diagnóstico y tener una base de datos del paciente a través de una historia clínica.

Entrevista semi estructurada: A través de los pasos de recolección de información de la Historia Clínica:

- Datos de identificación.
- Motivo de consulta.
- Enfermedad actual.
- Antecedentes personales.
- Psicobiografía.
- Examen Mental.
- Aplicación de Reactivos: Índice de Barthel, Escala de Depresión Geriatrica de Yessavage y Mini Mental Test.
- Eje multiaxial.

. En este primer encuentro con el paciente no es necesario seguir con rigidez los pasos de la Historia Clínica, ya que a medida de que avanza la entrevista surgen aspectos relevantes que se los debe profundizar y tratar junto con el paciente, lo que ayuda a establecer una mejor relación terapéutica.

Posteriormente se realizará el encuadre que consiste en fijar metas y objetivos flexibles para la resolución de la problemática.

2) Tratamiento

Los horarios y las sesiones deben ser flexibles, ya que es un centro ambulatorio y el terapeuta debe ajustarse a los horarios en los que el paciente se encuentre a su disposición. Las sesiones deberían tener una duración entre 40 a 45 minutos, debido a que los adultos mayores cumplen con otras actividades en el centro, además del cansancio o fatiga mental que les puede causar; las mismas están expuestas a no seguir una estructura rígida porque generalmente se presentan problemáticas nuevas que interfieren con lo establecido previamente. El número de sesiones se establece de acuerdo a la problemática del paciente.

El tratamiento consta de terapias individuales y grupales que se basan en distintos modelos psicológicos para tratar desde diferentes perspectivas una misma problemática psicológica. Las técnicas con mayor impacto en el proceso son las que están relacionadas con lo humanista y espiritual, debido a las creencias religiosas de esta población.

Terapia cognitivo-conductual: A través de la reestructuración cognitiva que es una técnica psicológica, el objetivo de la cual es identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas, etc. (Técnicas descritas en el marco Teórico)

Terapia humanista/Gestalt: En donde se enfatiza en el desarrollo personal y espiritual, ya que en esta etapa tienen una gran trascendencia para sus vidas. (Técnicas descritas en el marco Teórico)

Terapia ocupacional: En conjunto con los terapistas del centro en donde se realizan actividades físicas y manuales como: arte terapia, bailo terapia y alfabetización, ayudando a mantener un buen estado físico y mental.

Terapia Grupal: Esta terapia se desarrolló basándose en problemáticas comunes y que surgen de los adultos mayores, además de enfocarse en el área espiritual y reflexiva que les ayuda a expresar sus sentimientos de manera grupal para mejorar las relaciones intra e interpersonales.

Se debe tratar con temas o problemáticas actuales, debido a que estas personas de edad avanzada han pasado por muchos inconvenientes a lo largo de su vida y tratar con toso esto extendería demasiado el tratamiento.

La psicoeducación es una herramienta muy importante que serviría para que este tipo de población pueda aclarar o mentalizar de una manera más clara o concreta distintos aspectos, temáticas o problemáticas de interés que concierne o están relacionadas por la etapa de su vida en la que se encuentran.

Se debe realizar un trabajo conjunto con las diferentes áreas del centro como: médica y nutricional para tener un mayor conocimiento del estado de salud en general del paciente; ocupacional para coordinar los diferentes tipos de terapias necesarias para una

determinada problemática; y con el área administrativa para coordinar el ingreso de nuevos pacientes.

La ficha de evolución se llena al final de cada sesión con la finalidad de observar los avances o retrocesos que el paciente va teniendo a lo largo del proceso. Esta ficha consta de:

. Número de sesión y Objetivo.

. Método y técnicas utilizadas.

. Evolución

3) Postratamiento

Se realiza terapias complementarias al tratamiento con la finalidad de hacer un seguimiento al paciente para conocer el estado en el que se encuentra después de la terapia. Las mismas se realizan una vez al mes hasta que el paciente pueda afrontar sus dificultades por sus propios medios.

PROTOCOLO DE INTERVENSIÓN PSICOLÓGICA EN PERSONAS DISCAPASITADAS

Tabla 25:Protocolo "Personas Discapacitadas"

	Metodología
Pretratamiento	Entrevista semi estructurada: - Recolección de datos Encuadre.
Tratamiento	Terapia individua. Sesiones y horarios flexibles. Duración entre 30-45 minutos. Pisco educación: Padres y Pacientes Técnicas alternativas y conductuales. Trabajo multidisciplinario. Fichas de evolución. Cierre.
Postratramiento	Seguimiento.

1) Pretratamiento

Es el primer encuentro con el paciente en donde se realiza una entrevista para generar una buena relación terapéutica, la misma que es semi estructurada, ya que de acuerdo a la discapacidad del paciente no se puede seguir un orden establecido para obtener información personal completa en la primera sesión, más bien esta se va obtiene a lo largo de la terapia, además de información recibida través de la psicóloga de la institución y padres de familia. Los pacientes ya vienen con un diagnóstico previo realizado por un especialista; no obstante, es necesario ahondar en otros aspectos que podría atenuar aún más su problemática. Posteriormente se realizará el encuadre que consiste en fijar metas y objetivos flexibles para la resolución de la problemática.

2) Tratamiento

Los horarios y las sesiones deben ser flexibles, ya que es un centro diurno y el terapeuta debe ajustarse a los horarios en los que el paciente se encuentre a su disposición. Las sesiones deberían tener una duración entre 30 a 45 minutos, debido a que a lo dificultoso que puede ser a este tipo de población prestar atención por periodos de tiempos demasiadamente largos. Las sesiones no deben ser rígidas; se debe trabajar en aspectos simples y concretos en los que el paciente tenga la capacidad de realizar y cumplir objetivos pequeños por sí solos.

En el tratamiento individual se realiza varias técnicas alternativas como al arte terapia, ya que este tipo de población muestra un mayor interés y entendimiento mediante expresiones artísticas como la música, los videos, los dibujos, las pinturas, etc. Estrategias conductistas como el entrenamiento en habilidades sociales son de suma

importancia, debido a que esto le ayuda a tener una mejor adaptación en el medio en donde se desenvuelven. Las terapias familiares nos ayudan a que los pacientes tengan redes de apoyo con las personas más cercanas a ellos, las mismas que son de gran importancia para el tratamiento y la resolución de la problemática. . (Técnicas descritas en el marco Teórico)

Una Psicoeducación clara y concreta para los padre y personas con discapacidad sobre las dificultades que tienes estos pacientes es de gran importancia, ya que ayudan a que tengan un mayor entendimiento sobre diversos temas específicos de su problemática. El material audiovisual les da una mayor comprensión e interés a estas personas. La Psicoeducación a padres de familia se realiza en conjunto con la psicóloga de la institución en un horario y día pre establecido una vez por mes durante los nueve meses del proyecto, las mismas que se dan en formato de charlas interactivas y con ayuda de material audiovisual.

Se debe realizar un trabajo conjunto diferentes profesionales como: médicos, estimuladores tempranos, terapeutas físicos y psicólogos educativos para tener un conocimiento más amplio sobre cómo intervenir con esta población, además de dar un tratamiento más eficaz.

La ficha de evolución se llena al final de cada sesión con la finalidad de observar los avances o retrocesos que el paciente va teniendo a lo largo del proceso. Esta ficha consta de:

. Número de sesión y Objetivo.

. Método y técnicas utilizadas.

. Evolución

3) Postratamiento

Se realiza terapias complementarias al tratamiento con la finalidad de hacer un seguimiento al paciente para conocer el estado en el que se encuentra después de la terapia. Las mismas se realizan una vez al mes hasta que el paciente pueda afrontar sus dificultades por sus propios medios.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA PSICOLÓGICA CENTRO GERONTOLOGICO MUNICIPAL DEL SIGSIG.

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS: XXX. **EDAD:** 63 AÑOS

FECHA DE NACIMIENTO: 29/07/1951

LUGAR DE NACIMIENTO: PIRUNCAY **ESCOLARIDAD:** PRIMARIA (TERCER GRADO)

DOMICILIO: PIRUNCAY.

2. MOTIVO DE CONSULTA.

La paciente acude al consultorio de psicología del Centro Gerontológico Juan Pablo II del cantón Sígsig debido a que refiere tener problemas familiares con sus hijos, ya que nos cuenta que ellos le gritan y la agreden físicamente y no acatan sus órdenes, motivo por el cual no puede darle una buena educación.

3. FUENTE DE INFORMACION.

Directa.

4. ENFERMEDAD ACTUAL.

La paciente llega a consulta del centro gerontológico el 6 de noviembre del presente año, ya que refiere que no puede tener tranquilidad en su hogar debido a sufrir múltiples abusos físicos y verbales por parte de sus hijos los mismo que no acatan sus órdenes, lo que le impide tener una buena relación en su hogar y poder educarlos de la mejor manera.

5. ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLOGICOS.

La señora nos comenta que durante su infancia era una niña muy enfermiza, ya que la mayor parte del tiempo presentaba alergias y contraía enfermedades que le impedían seguir el ritmo normal de la escuela, refiere también que sufría maltrato físico por parte de su padre durante su infancia y adolescencia y luego fue agredida física, verbal y sexualmente por su marido.

6. ANTECEDENTES FAMILIARES.

La señora argumenta que su padre consumía alcohol de manera constante durante toda la semana, y que el mismo fue víctima de abuso físico por parte de su padre.

7. PSICOBIOGRAFIA.

La paciente tiene 63 años y nació en la parroquia de Piruncay del cantón Sigsig el 29 de julio de 1951, refiere que tenía un hogar muy humilde y vivía con sus dos padres Celia, con la que dice que tuvo una buena relación, la misma que sufría agresión frecuente por parte de su esposo y Jaime, al que describe como agresivo y nos comenta que consumía alcohol de manera recurrente 4 o 5 veces por semana.

Durante su infancia nos comenta que fue una niña muy enfermiza y que sufría de múltiples alergias que le impedían seguir el ritmo normal de su escuela, motivo por el cual sus padres decidieron retirarla de la misma llegando hasta tercer grado de educación básica, luego su madre le enseño a tejer sombreros de paja para que pueda ayudar con los gastos del hogar, refiere que esta etapa de su vida fue muy triste porque no llevo la vida de una niña normal, ya que ayudaba en el hogar y trabajaba haciendo sombreros esto sumado al consumo de alcohol por parte de su padre y la agresión física que sufría por parte del mismo.

Nos cuenta que su adolescencia ayudo a sus padres con los gastos del hogar, no tuvo novio hasta los 16 años cuando su padre le presento a un primo con el que le obligo a cazarse, nos dice que el mismo ya tenía una familia en la costa del cual se enteró años después de su matrimonio.

Es madre de 11 hijos: dos de los cuales fallecieron, tienen retardo mental y los demás viven en otras ciudades y tiene poco contacto. Describe su matrimonio como una mala

decisión de su adolescencia, en el mismo su esposo consumía alcohol la mayoría de días de la semana, no ayudaba en los gastos del hogar, por lo que ella tenía que viajar los fines de semana durante 8 años a Ventanas para vender productos en el mercado, refiere que su marido les daba alcohol a sus hijos y les enseñaba a insultar y agredir físicamente a su madre y que las mujeres deben encargarse y atender a los hombres y a los hijos.

Hace 28 años su marido la corre de su hogar argumentando que ella va a la costa solo para encontrarse con otra pareja, refiere que desde ese momento ella vive en una casa que su hijo mayor le regalo.

En la actualidad vive con tres hijos todos ellos tienen retardo mental, los mismos que la mayoría del tiempo agreden a su madre física y verbalmente, generándole heridas en el cuerpo, pero ella los justifica diciendo que ellos lo hacen por su estado y no encuentra una manera de cómo educarlos y tener armonía en su hogar ya que ella deja que sus hijos la maltraten por temor a que la desaprueben no la quieren o la dejan sola.

8. EXAMEN MENTAL O PSIQUIATRICO.

Se trata de una paciente de género femenino, que aparenta tener la misma edad que la edad cronológica que dice tener. Viste de manera adecuada para la edad, género y condición socio económico y cultural, luce limpia y alineada.

Presenta una actitud cooperadora, su discurso es de tono alto y lento.

Presenta un pensamiento normal y está orientado en tiempo, persona y espacio.

Su actitud corporal denota ansiedad y preocupación.

Inferimos que el coeficiente intelectual del paciente clínicamente parece corresponder a un normal inferior.

Afectivamente el paciente expresa tristeza, de acuerdo a la manera en contar su historia.

No presenta alteraciones de la memoria de fijación y evocación.

La paciente presenta un juicio autocrítico negativo, ya que dice que tiene que soportar las agresiones de sus hijos debido a su estado mental.

Su juicio heterocrítico es negativo, ya que dice que el resto de su familia no se preocupa por sus problemas.

La paciente se mantuvo atenta a la entrevista, respondió las preguntas de manera lógica y acertada.

No presenta alteraciones sensoperseptivas y su actividad psicomotora es normal.

9) PRUEBAS DIAGNOSTICAS.

TEST DE LA FAMILIA.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba la paciente se muestra como alguien que se encierra en sus propios problemas y se aprecia una falta de comunicación familiar.

10) DIAGNOSTICO MULTIAXCIAL.

EJE I: MALTRATO DEL ADULTO POR PARTE DE UNA PERSONA DISTINTA DEL CONYUGUE O PAREJA Y PROBLEMAS FAMILIARES.

EJE II: RASGOS DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE.

EJE III: NO REFIERE NINGUNA ENFERMEDAD EN LA ACTUALIDAD.

EJE IV: HOGAR DISFUNCIONAL, AGRESION FISICA, FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS, RETARDO MENTAL DE LOS HIJOS.

EJE V: 50 A 60 DIFICULTADES MODERADAS EN LA ACTIVIDAD SOCIAL.

FICHA PSICOLÓGICA CENTRO GERONTOLOGICO MUNICIPAL DEL SIGSIG.

Fecha de aplicación: 31/10/2014
Ficha No: 1

1. DATOS PERSONALES

Nombres: XXX Apellidos:XXX
Lugar y Fecha de nacimiento: San Bartolo, 4 de Diciembre de 1992. Edad: 22 años.
Domiciolio: Teléfono:
Escolaridad: Bachiller.

2. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente acude al consultorio de psicología del Centro Gerontológico Juan Pablo II del cantón Sígsig debido a que ha comenzado a tener sentimientos de tristeza y conductas autodestructivas como hacerse cortaduras en los brazos.

3. FUENTE DE INFORMACIÓN

Directa

4. ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente ingresa al centro gerontológico el 31 de Octubre del presente año, debido a presentar sentimientos de tristeza y tener conductas autodestructivas como hacerse cortaduras en los brazos. Refiere que el último año ha comenzado a tener sentimientos de tristeza y de autovaloración negativa. Comenta que muchas veces por las noches comienza a llorar y tener ideas recurrentes acerca de suicidarse, y que para calmar estos sentimientos a veces ha tenido que recurrir hacerse cortaduras en los brazos. Comenta también que en los últimos 2 meses ha comenzado a consumir alcohol los fines de semana, además de haber consumido un par de veces marihuana. Menciona tener un gran resentimiento con su padre, debido a que este se fue al extranjero cuando apenas tenía 7 años, y que desde entonces ha tenido poco contacto con él. Relata que su madre también no le presta demasiada atención, además de no que esta no sabe ni se da cuenta de lo que le ha estado ocurriendo últimamente. Argumenta que las personas con las que convive no saben lo que ha estado sintiendo, y que exteriormente se muestra como si no le ocurriera nada, pero que interiormente siente una gran tristeza. Comenta sentirse inútil, sin ganas

de vivir, desanimado y siente que nadie le comprende e interesa por lo que está pasando y sintiendo.

5. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

El paciente argumenta que ha tenido sentimientos de tristeza y ha comenzado a tener conductas autodestructivas desde aproximadamente un año. Además de consumir alcohol y otras sustancias desde hace 2 meses.

6. ANTECEDENTES FAMILIARES

El paciente refiere no tener familiares que tengan algún problema o enfermedad significativa, aunque comenta que tiene un tío que es un bebedor frecuente.

7. EXÁMEN MENTAL

Se trata de un paciente de género masculino, que aparenta tener la misma edad que la edad cronológica que dice tener. Viste de manera adecuada para la edad, género y condición socio económico y cultural, luce limpio y desaliñado.

Presenta una actitud cooperadora, su discurso es de tono bajo y lento.

Presenta un pensamiento normal y está orientado en tiempo, persona y espacio.

Su actitud corporal denota pesadez y cansancio.

Inferimos que el coeficiente intelectual del paciente clínicamente parece corresponder a lo promedio.

Afectivamente el paciente expresa tristeza, ya que se lo denota mediante el llanto al contar su relato.

No presenta alteraciones de la memoria de fijación y evocación.

El paciente presenta un juicio autocrítico negativo, ya que dice que siente que no va a poder solucionar su problema, debido a que no tiene las fuerzas para poder enfrentarlo.

Su juicio heterocrítico es negativo, ya que dice que los demás no le interesa su problema,

ni lo que está sintiendo.

El paciente se mantuvo atento a la entrevista, respondió las preguntas de manera lógica y acertada.

El paciente no presenta alteraciones sensoperseptivas y su actividad psicomotora es normal.

8. PSICOBIOGRAFÍA

El paciente refiere que nació en San Bartolo, es único hijo y que actualmente vive con su madre. Manifiesta tener una buena relación con ella, aunque siente que últimamente no le presta mucha atención. Menciona que su padre viajó al extranjero cuando él tenía 7 años, y recuerda haber tenido una buena relación el tiempo que vivió con él. Comenta que en los últimos años ha perdido mucho el contacto con su padre, ya que casi no le llama, lo que provoca en él sentimientos de resentimiento.

En cuanto a su infancia, comenta que, aunque se sentía un poco triste por la ida del padre, fue completamente normal. Relata que nunca tuvo problemas para relacionarse con sus pares y que no tuvo mayores inconvenientes. Menciona que en la escuela fue un estudiante regular, pero que no tuvo inconvenientes en pasar de cursos.

Comenta que su adolescencia fue normal, aunque al principio le costaba relacionarse con los demás, especialmente con las mujeres, debido a que se consideraba muy tímido, pero que después fue perdiendo el miedo y no tenía mayor problema para relacionarse con los demás. Menciona que fue un estudiante regular, y que no tuvo problemas en pasar de curso.

Manifiesta que se sintió frustrado al no poder entrar a la universidad, ya que su anhelo siempre fue estudiar medicina, pero su madre no tenía los recuso económicos para solventar la carrera.

Relata que tuvo que trabajar como ayudante en una papelería y en el ganado para ayudar a su madre, debido a que esta se había quedado sin trabajo.

Comenta que a los 20 años se emborrachó por primera vez con unos amigos de su barrio, y que esa misma noche un amigo suyo sufrió un accidente de moto, lo que causó que

perdiera la vida. Relata que este suceso lo dejó muy marcado, ya que era uno de sus mejores amigos, y que después de ese suceso no volvió a tomar después de un tiempo.

Manifiesta que el último año se ha sentido triste casi todos los días, frustrado por no poder estudiar, resentido con su padre, ya que ni si quiera lo llamó por su cumpleaños. Relata que se siente inútil e inservible, además siente que las personas que lo rodean no se interesan el en él. Refiere que ha tenido ideas de suicidarse, que a veces llora por las noches, y que hace 2 meses ha comenzado a beber alcohol todos los fines de semana, además de haber consumido marihuana un par de veces. Relata que tiene le cuesta dormir, además de que ha perdido peso en este último año.

9. PRUEBAS O TEST

Escala de depresión de Beck

Puntuación: 24

Depresión moderada

Persona bajo la lluvia

Entre los rasgos más importantes se puede denotar: sentimientos de inferioridad y autodesvalorización, depresión y aislamiento del mundo exterior, falta de defensas contra el mundo exterior, además de mecanismos de defensa como: represión, regresión y aislamiento.

10. DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL

EJE I F32.2 Trastorno depresivo mayor episodio único moderado.
EJE II Rasgos de personalidad límite
EJE III No existe
EJE IV Enfermedad actual. Abandono del padre. Consumo de sustancias. Desinterés de madre. Frustración por los estudios.
EJE V 40

ANEXO 2

Plan de intervención psicológica

Datos personales

Nombre: Mauro Alejandro Castro Tello.

Fecha de nacimiento: 5 de Octubre de 1992.

Edad: 22 años.

Residencia: Güel

Representante: Encarnación Tello.

Discapacidad: Retardo mental moderado y discapacidad física.

Plan terapéutico: Según los resultados de la entrevista, se ha podido verificar que el paciente presenta diferentes problemáticas referentes a su área afectiva, que van relacionados a su discapacidad física y mental, además de la falta de apoyo de sus familiares.

Objetivo General: Reducir síntomas depresivos que afectan el bienestar personal del paciente.

Objetivos Específicos

Brindar apoyo emocional

Escucha activa. Reflejo de sentimientos. Catarsis

Confrontar problemática.

Lugar seguro y protegido.

Eliminar conductas de automutilación.

Modifición de conducta

Mejorar autoestima y autoimagen.

Material audiovisual. Historias/Cuentos metafóricos.

Eliminar sentimientos de tristeza.

Silla vacía.

Mejorar el awarnes integral (darse cuenta de su problemática)

Técnicas de confrontación. Rolle playing.

Observaciones: En las primeras sesiones se vio una mejoría en el paciente, ya que logró eliminar sus conductas automutilatorias, además de cierta mejoría en su estado de ánimo. Después de que se interrumpieron laí sesiones, se evidenció un notable retroceso en los cambios logrados anteriormente en terapia. El paciente menciona consumo de sustancias psicoactivas, mencionan que todos los fines de semana se gasta el dinero de las mismas. En las sesiones finales se observó una mejoría considerable en el paciente; este manifestó ya no denotar los sentimientos de tristeza que le afligían, además de dejar de consumir de manera considerable sustancias psicoactivas.

Recomendaciones: Se recomienda un involucrar de forma actica al representante (madre) para que pueda brindar un apoyo emocional de forma constante, además de hacer un seguimiento por parte de la psicóloga del centro para mantener los resultados alcanzados en la terapia.

Datos personales

Nombre: Manuel Efraín Peláez Albarracín.

Fecha de nacimiento: 20 de Marzo de 1990.

Edad: 23 años.

Residencia: Chordeleg.

Representante: Maria Peláez.

Discapacidad: Retardo mental grave.

Plan terapéutico: Según los resultados de la entrevista, se ha podido evidenciar que el paciente presenta una problemática en el área sexual como: conductas voyeristas, ideas distorsionadas acerca de las relaciones sexuales y de pareja, pornografía, etc.

Objetivo General: Concientizar, educar y prevenir al paciente sobre la sexualidad para que tenga un mejor manejo de la misma.

Objetivos Específicos:

Psicoeducar en sexualidad.

Material audiovisual. Explicación de términos en forma simple.

Mejorar relaciones intra e interpersonales

Adquisición de habilidades adaptativas. Modificación Conductual.

Concientizar y prevenir conductas sexuales inapropiadas.

Videos didácticos y reflexivos.

Observaciones: Durante las primeras sesiones en psicoterapia se observó una gran mejoría en el paciente, ya que denotaba haber concientizado e incluso preocupado sobre sus conductas sexuales inapropiadas. El plan terapéutico se interrumpió, debido a la deserción del paciente del centro diurno, por lo que no se puede saber el estado actual del mismo

Recomendaciones: Se recomendaría hacer un seguimiento al paciente para conocer el estado actual en el que se encuentra, y retomar las sesiones de psicoterapia si es que se ve conveniente.

Datos personales

Nombre: Maria Targelia Samaniego Samaniego.

Fecha de nacimiento: 28 de Junio de 1983.

Edad: 31 años.

Residencia: La Unión.

Representante: Rosa Ana Samaniego.

Discapacidad: Retardo mental grave.

Plan terapéutico: Durante las entrevistas se pudo evidenciar que la paciente tiene conductas agresivas que afectaban tanto en su estadía en el centro como en su entorno familiar. Este comportamiento se debe a su propia discapacidad y al entorno familiar disfuncional en el que vive.

Objetivo General: Mejorar conductas desadaptativas que impiden un funcionamiento familiar adecuados

Objetivos Específicos:

Eliminar conductas agresivas.

Modificación conductal. Videos reflexivos. Entrenamiento en habilidades sociales.

Mejorar relaciones interpersonales con la madre.

Terapia familiar.

Establecer reglas y tareas en el hogar.

Calendario de actividades diarias.

Observaciones: Se ha podido evidenciar resultados ambivalentes durante la psicoterapia, debido a la condición mental grave que presenta la paciente, además de la falta de apoyo e interés de la madre. Al final del proceso se pudo denotar una mejoría por parte de la paciente en ciertas conductas que afectaban su manera de relacionarse con los demás.

Recomendaciones: Se recomienda brindar un seguimiento por parte de la psicóloga del centro para mantener y fortalecer los logros alcanzados en el proceso terapéutico.

EDISSON RODAS CANTOS

Datos personales

Nombre: José Antonio Samaniego Samaniego.

Fecha de nacimiento: 27 de Mayo de 1984.

Edad: 30 años.

Residencia: La Unión.

Representante: Rosa Ana Samaniego.

Discapacidad: Retardo mental grave.

Plan terapéutico: Durante las entrevistas se pudo evidenciar que la paciente tiene conductas agresivas que afectaban tanto en su estadía en el centro como en su entorno familiar. Este comportamiento se debe a su propia discapacidad y al entorno familiar disfuncional en el que vive.

Objetivo General: Mejorar conductas desadaptativas que impiden un funcionamiento familiar adecuados

Objetivos Específicos:

Eliminar conductas agresivas.

Modificación conductal. Videos reflexivos. Entrenamiento en habilidades sociales.

Mejorar relaciones interpersonales con la madre.

Terapia familiar

Observaciones: Durante el transcurso de la psicoterapia se han logrado resultados ambivalentes, debido a diferentes circunstancias como: falta de predisposición del paciente a asistir a psicoterapia, deterioro notablemente significativo en el área mental, interrupción de la psicoterapia, además de falta de interés y cooperación por parte de la madre. A pesar de todas estas dificultades que afectaron el proceso psicoterapéutico, al final el paciente asistió con regularidad a las sesiones finales, además de logar atenuar su comportamiento.

Recomendaciones: Se recomienda brindar un seguimiento por parte de la psicóloga del centro para mantener y fortalecer los logros alcanzados en el proceso terapéutico.

Plan de intervención psicológica

Datos personales

Nombre: Diego Iván Corte Ullaguari.

Fecha de nacimiento: 03 de Mayo de 1994.

Edad: 20 años.

Residencia: Pamarzhuzho.

Representante: Zoila Ullaguari.

Discapacidad: Retardo mental moderado.

Plan terapéutico: Según los resultados de la entrevista, se pudo evidenciar que el paciente presenta un deterioro en habilidades sociales que deben en parte a su discapacidad intelectual, pero que pueden ser mejoradas.

Objetivo General: Mejorar habilidades sociales y adaptativas para un mejor desenvolvimiento del paciente en su entorno.

Objetivos Específicos:

Psicoeducación sobre aseo personal.

Material audiovisual.

Brindar apoyo emocional.

Escucha activa, Catarsis.

Disminuir conductas agresivas.

Entrenamiento en habilidades sociales. Videos Reflexivos.

Concientización de la problemática.

Material audiovisual.

Mejorar relaciones intra e interpersonales (madre y hermana).

Modificación de conducta. Material audiovisual.

Observaciones: En el transcurso de la terapia se pudo notar una mejoría en la problemática del paciente, ya que se evidenció en las sesiones su forma de expresarse y dirigirse hacia otras personas. Al final del proceso se denoto en el paciente mejorías en

cuanto a sus habilidades sociales las mismas que le ayudaron a integrarse de mejor manera en la institución y en el hoga.

Recomendaciones: Se recomienda un acompañamiento por parte de la psicóloga de la institución para mantener los logros alcanzados durante el proceso terapéutico.

Datos personales

Nombre: Liliana Alexandra Sisalima Ullaguari.

Fecha de nacimiento: 02 de Febrero de 1991.

Edad: 23 años.

Residencia: Pamarzhuzho.

Representante: Zoila Ullaguari.

Discapacidad: Retardo mental grave.

Plan terapéutico: De acuerdo a los resultados obtenidos en la entrevista se pudo evidenciar que la paciente necesita entrenamiento en habilidades sociales que están ligadas a su discapacidad, pero que pueden mejorar su interacción con el medio.

Objetivo General: Mejorar habilidades sociales y adaptativas para un mejor desenvolvimiento del paciente en su entorno.

Objetivos Específicos:

Psicoeducación sobre aseo personal.

Material audiovisual.

Mejorar conductas asertivas.

Entrenamiento conductual.

Brindar apoyo emocional.

Escucha activa, Catarsis.

Concientización de la problemática.

Material audiovisual.

Mejorar relaciones intra e interpersonales.

Modificación de conducta. Material audiovisual. Figura humana. Terapia familiar

Observaciones: En las últimas sesiones se ha notado un claro retroceso en los avances obtenidos por la interrupción de las terapias y falta de entrenamiento conductual, además que se ha podido evidenciar rasgos de maltrato físico y un claro temor hacia una figura de autoridad. No se pudo finalizar el proceso terapéutico debido a que la paciente fue retirada del centro por sus familiares.

Datos personales

Nombre: María Angélica Samaniego Sarmiento.

Fecha de nacimiento: 28 de Diciembre de 1993.

Edad: 21 años.

Residencia: Sígsig.

Representante: Jhanet Sarmiento.

Discapacidad: Retardo mental moderado.

Plan terapéutico: De acuerdo a la información obtenida en la entrevista se pudo apreciar que la paciente presenta ideas distorsionadas acerca de la sexualidad y relaciones de pareja, además de pensamientos erróneos sobre su autoimagen y nutrición.

Objetivo General: Disminuir creencias erróneas sobre la problemática que afectan funcionamiento normal en ciertas áreas.

Objetivos Específicos:

Desinhibir emociones

Escucha activa

Identificación y expresión de sentimientos relacionados con los padres.

Silla vacía, lugar seguro y protegido, carta cerrada.

Psicoedicación sobre sexualidad, relaciones de pareja y nutrición.

Material audiovisual. Historias/ Cuentos reflexivos.

Mejorar conductas interpersonales.

Establecimiento de normas y límites (aula y terapia).

Mejorar autoimagen.

Material audiovisual. Técnica del espejo.

Disminuir conductas ansiosas.

Entrenamiento conductual.

Establecimiento de reglas y tareas en el hogar.

Calendario de actividades diarias.

Observaciones: Al finalizar el proceso terapéutico se pudo denotar un mejoramiento significativo en la paciente debido a que se integró de mejor manera a las actividades del centro, además de mejorar las relaciones con su madre y hermanos y aceptar y cambiar sentimientos negativos hacia la figura paterna.

Recomendaciones: se recomienda un seguimiento a la paciente para mantener los logros realizados en el proceso terapéutico.

Datos personales

Nombre: Marco Antonio Fernández Fernández.

Fecha de nacimiento: 14 de Mayo del 2002.

Edad: 12 años.

Residencia: Sígsig.

Representante: Nanci Fernández.

Discapacidad: Retardo mental moderado y discapacidad física.

Plan terapéutico: De acuerdo a la información obtenida en la entrevista y recibida por parte de la psicóloga, cuidadora y profesora se denotó que el paciente presenta temor ante situaciones y lugares nuevos, dificultad para confiar en otras personas.

Objetivo General: Mejorar en aspectos rígidos que impiden el contacto, comunicación y adaptación con otras personas.

Objetivos Específicos:

Trabajar la psicomotricidad.

Actividades didácticas.

Mejorar comunicación.

Nombrar objetos.

Trabajar en desarrollo de empatía.

Actividades de esparcimiento y acompañamiento emocional.

Disminuir el temor a ambientes nuevos o extraños.

Aproximación sucesiva a situaciones nuevas.

Observaciones: En las primeras sesiones se pudo observar que el paciente no se sentía cómodo tanto en la sesión como en el lugar que se desarrollaba la misma, pero que a través de la terapia progresivamente el paciente fue mostrando aceptación y confianza hacia el terapeuta y el lugar en donde se desarrollan las sesiones.

Recomendaciones: Se recomienda mantener la constancia en la terapia para mantener los logros alcanzados hasta el momento.

CRISTIAN ARAUJO CRESPO

ANEXO 3

CUESTINARIO DE SATISFACCIÓN PARA ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DIURDO DEL CANTÓN SÍGSIG

1) **¿Qué tan satisfecho se sintió usted al recibir una intervención psicológica?**

   a) Muy Satisfactorio
   b) Satisfactorio
   c) Poco Satisfactorio
   d) Insatisfactorio

2) **¿En qué medida le ha ayudado la intervención grupal /individual en relación al problema específico tratada en terapia?**

   a) Hizo que las cosas mejoraran mucho
   b) Hizo que las cosas mejoraran en algo
   c) No hubo cambios
   d) Hizo que las cosas empeoraran

3) **¿Cómo le pareció las intervenciones brindadas por los terapeutas durante las terapias individuales/grupales?**

   a) Muy Bueno
   b) Bueno
   c) Regular
   d) Malo

4) **¿Cómo fue la confianza que se generó entre usted y el terapeuta durante las distintas intervenciones?**

   a) Muy Bueno
   b) Bueno
   c) Regular
   d) Malo

5) **¿Cree que se debe seguir dando tiramiento psicológico a los adultos mayores de este centro?**

   a) Si
   b) No

CUESTINARIO DE SATISFACCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

USUARIOS DEL CENTRODIURDO DEL CANTÓN SÍGSIG

1) **¿Te gustaron las terapias brindadas por los psicólogos?**

   a) Si

   b) No

2) **¿Crees que las terapias te ayudaron a mejorar?**

   a) Si

   b) No

3) **¿Te gustaría seguir recibiendo terapia psicológica?**

   a) Si

   b) No

ANEXO 4

REACTÍVOS UTILIZADOS